

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL  
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA MODALIDADE A DISTÂNCIA  
TURMA 6**



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da qualidade da Atenção aos usuários com HAS e/ou DM da UBS/ESF  
Pedreira, Pelotas, RS.

Mariana Antunes Nunes

Pelotas, RS

2015

Mariana Antunes Nunes

Melhoria da qualidade da Atenção aos usuários com HAS e/ou DM da UBS/ESF  
Pedreira, Pelotas, RS.

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de  
Especialização em Saúde da Família -  
Modalidade à distância –  
UFPEL/UNASUS como requisito parcial  
para obtenção do título de Pós-  
graduado em Saúde da Família.

Orientadora: Msc. Camila Dallazen

Pelotas, RS

2015

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas  
Catalogação na Publicação

N972m Nunes, Mariana Antunes

Melhoria da qualidade da atenção aos usuários com HAS e/ou DM da UBS/ESF Pedreira, Pelotas, RS / Mariana Antunes Nunes ; Camila Dallazen, orientadora. — Pelotas, 2015.

114 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde. 3. Doenças crônicas. 4. Diabetes Mellitus. 5. Hipertensão. I. Dallazen, Camila, orient. II. Título.

CDD : 362.14

Dedico este trabalho aos meus pais, minha irmã e minha equipe de trabalho.

## **Agradecimentos**

Aos meus pais, por serem meus maiores incentivadores na busca dos meus objetivos.

A minha irmã, pela companhia, amizade e ajuda nos momentos mais difíceis.

A minha equipe de trabalho, pelo apoio, incentivo e paciência no meu primeiro ano de trabalhando como médica.

Aos professores da Universidade Católica de Pelotas (UCPel), pelos ensinamos durante minha formação acadêmica.

A minha orientadora, pela paciência, ensinamentos e dedicação incansáveis.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b>	Evolução mensal do indicador cobertura do Programa ao hipertenso na UBS Pedreira. EAD UFPel, 2014.....	69
<b>Figura 2</b>	Evolução mensal do indicador cobertura do Programa ao diabético na UBS Pedreira. EAD UFPel, 2014.....	70
<b>Figura 3</b>	Evolução mensal do indicador proporção de hipertensos da UBS Pedreira com exame clínico em dia de acordo com o protocolo. EAD UFPel, 2014.....	71
<b>Figura 4</b>	Evolução mensal do indicador proporção de diabéticos da UBS Pedreira com exame clínico em dia de acordo com o protocolo. EAD UFPel, 2014.....	72
<b>Figura 5</b>	Evolução mensal do indicador proporção de hipertensos da UBS Pedreira com exames complementares em dia de acordo com o protocolo. EAD UFPel, 2014.....	74
<b>Figura 6</b>	Evolução mensal do indicador proporção de diabéticos da UBS Pedreira com exames complementares em dia de acordo com o protocolo. EAD UFPel, 2014.....	75
<b>Figura 7</b>	Evolução mensal do indicador proporção de hipertensos da UBS Pedreira com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/ Hiperdia priorizada. EAD UFPel, 2014.....	76
<b>Figura 8</b>	Proporção de hipertensos da UBS Pedreira com avaliação de necessidade de atendimento odontológico. EAD UFPel, 2014.....	77
<b>Figura 9</b>	Proporção de diabéticos da UBS Pedreira com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. EAD UFPel, 2014.....	79
<b>Figura 10</b>	Proporção de hipertensos da UBS Pedreira faltosos às consultas com busca ativa. EAD UFPel, 2014.....	80

<b>Figura 11</b>	Proporção de hipertensos da UBS Pedreira com registro adequado na ficha de acompanhamento. EAD UFPel, 2014.....	82
<b>Figura 12</b>	Proporção de diabéticos da UBS Pedreira com registro adequado na ficha de acompanhamento. EAD UFPel, 2014.....	82
<b>Figura 13</b>	Proporção de hipertensos da UBS Pedreira com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. EAD UFPel, 2014.....	84
<b>Figura 14</b>	Proporção de diabéticos da UBS Pedreira com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. EAD UFPel, 2014.....	85
<b>Figura 15</b>	Proporção de hipertensos da UBS Pedreira com orientação nutricional sobre alimentação saudável. EAD UFPel, 2014.....	86
<b>Figura 16</b>	Proporção de diabéticos da UBS Pedreira com orientação nutricional sobre alimentação saudável. EAD UFPel, 2014.....	87
<b>Figura 17</b>	Proporção de hipertensos da UBS Pedreira com orientação sobre prática de atividade física regular. EAD UFPel, 2014.....	88
<b>Figura 18</b>	Proporção de diabéticos da UBS Pedreira com orientação sobre prática de atividade física regular. EAD UFPel, 2014.....	89
<b>Figura 19</b>	Proporção de hipertensos da UBS Pedreira que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. EAD UFPel, 2014.....	90
<b>Figura 20</b>	Proporção de diabéticos da UBS Pedreira que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. EAD UFPel, 2014.....	91

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

CAP – Caderno de Ações programáticas

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CP - Citopatológico

DM - Diabetes Mellitus

ECG - Eletrocardiograma

ESF – Estratégia de Saúde da Família

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

HGT - Hemoglicoteste

IAM - Infarto Agudo do Miocárdio

IMC – Índice de Massa Corporal

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS - Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

PA - Pressão Arterial

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SIAB - Sistema de Informações da Atenção Básica

SUS - Sistema Único de Saúde

UBAI – Unidade Básica de Atendimento Imediato

UBS – Unidade Básica de Saúde



## SUMÁRIO

	<b>Apresentação.....</b>	<b>10</b>
<b>1.</b>	<b>ANÁLISE SITUACIONAL .....</b>	<b>11</b>
1.1	Relatório da Análise Situacional .....	11
<b>2.</b>	<b>ANÁLISE ESTRATÉGICA.....</b>	<b>17</b>
2.1	Justificativa .....	17
2.2	Objetivos e Metas .....	19
2.3	Metodologia .....	22
2.3.1	Ações e detalhamento.....	22
2.3.2	Indicadores .....	50
2.3.3	Logística .....	58
2.3.4	Cronograma .....	60
<b>3.</b>	<b>RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO .....</b>	<b>61</b>
3.1	As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.....	61
3.2	As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, descrevendo os motivos pelos quais estas ações não puderam ser realizadas.....	64
3.3	Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.....	64
3.4	Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra.....	65
<b>4.</b>	<b>AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO .....</b>	<b>67</b>
4.1	Resultados .....	67
4.2	Discussão .....	92
4.3	Relatório da intervenção para gestores .....	98
4.4	Relatório da intervenção para comunidade .....	101
<b>5.</b>	<b>REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM .....</b>	<b>104</b>
<b>6.</b>	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>106</b>
	<b>Anexos.....</b>	<b>107</b>

## Resumo

**NUNES, Mariana Antunes. Melhoria da qualidade da Atenção aos usuários com HAS e/ou DM da UBS/ESF Pedreira, Pelotas, RS. Trabalho de Conclusão de Curso- Pós-Graduação em Saúde da Família modalidade à distância. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.**

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), são cada vez mais prevalentes e, constituem-se fatores de risco para doenças cardiovasculares. Para o controle dessas patologias é necessário que a população seja esclarecida a cerca de mudanças no estilo de vida e adesão medicamentosa, logo é imprescindível que esses usuários frequentem as Unidades Básicas de Saúde (UBS). Este estudo tem por finalidade aumentar e melhorar a cobertura de usuários acompanhados na UBS Pedreira, no município de Pelotas. Ao longo de três meses, cadastramos 190 (81,5%) hipertensos e 51 (87,9%) diabéticos. Foi realizada busca ativa de faltosos e rastreamento da população, no período de setembro a novembro de 2014. Ao final do terceiro mês de intervenção realizamos busca ativa de 47 (97,9%) usuários faltosos com HAS e 8 (100%) com DM. Também, foi feita a capacitação da equipe, a fim de melhorar a assistência e monitoramento de usuários com HAS e DM. As ações foram implantadas tanto nos atendimentos na unidade com nas visitas domiciliares. Foi iniciada com a intervenção a estratificação de risco cardiovascular, bem como a utilização de registros específicos, o que nos auxiliou muito na organização do atendimento. Estratificamos quanto ao risco cardiovascular 171 (90%) pessoas com HAS e 37 (72,5%) com DM, nesses meses. Através dos bons resultados obtidos em curto período, tentamos motivar a equipe e a população a manter as melhorias obtidas e, ampliar ainda mais a cobertura e qualidade do serviço. Igualmente, esperamos que a gestão valorize e fortaleça esse trabalho, dando condições para sua continuidade.

**Palavras-Chaves:** saúde da família, atenção primária à saúde, doença crônica, diabetes mellitus, hipertensão.

## **Apresentação**

O presente trabalho de conclusão de curso em Especialização em Saúde da Família modalidade à distância da Universidade Aberta do SUS (UNASUS)/ Universidade Federal de Pelotas (UFPel), é o resultado das atividades que foram desenvolvidas ao longo do curso.

A intervenção, que deu origem a este trabalho, visou usuários hipertensos e diabéticos. A mesma foi realizada na UBS Pedreira, localizada na zona rural de Pelotas (9º distrito), no estado do Rio Grande do Sul (RS).

Este trabalho é o relato do processo, sendo composto por: Análise Situacional, Análise Estratégica, Projeto de Intervenção, Relatório da Intervenção, Relatório dos Resultados e Reflexão Crítica.

A primeira seção apresenta a análise situacional da UBS Pedreira.

Na segunda seção será descrita a análise estratégica, abordando a justificativa para a realização da intervenção, os objetivos e metas, a metodologia, as ações, indicadores, logística e cronograma do projeto de intervenção.

A terceira seção traz o relatório da intervenção, assim como as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, as ações previstas que não foram desenvolvidas, as dificuldades encontradas na coleta e a sistematização dos dados, bem como a análise da viabilidade de incorporação das ações ao serviço.

Na quarta seção será descrita a avaliação da intervenção, na qual serão apresentados os resultados, a discussão, o relatório aos gestores e à comunidade.

A quinta seção aborda a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

Por fim, temos a bibliografia usada no trabalho e os anexos.

## **1. ANÁLISE SITUACIONAL**

### **1.1 Relatório da Análise situacional**

A cidade de Pelotas se localiza ao sul do estado do RS. É considerada uma das capitais regionais do Brasil e, possui uma população de 328 265 habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE-2014). A rede de saúde local conta com seis hospitais gerais, um Pronto Socorro, uma Unidade Básica de Atendimento Imediato (UBAI), um Centro de Especialidades, um hospital psiquiátrico, um hemocentro, uma base regional do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e cinquenta e duas UBS, sendo vinte e cinco destas com Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Não dispomos de Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), em Pelotas. O atendimento especializado e a maioria dos exames complementares são encaminhados da UBS, para a Secretaria de Saúde, que realiza as marcações. Em geral tanto os atendimentos, como os exames tem demorado muito tempo, até mesmo anos.

Pelotas possui um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) que está preparado para realizar as seguintes especialidades: diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia e atendimento a portadores de necessidades especiais. O usuário, quando necessita desse serviço, deve ser encaminhado de uma UBS (ou de outro nível do sistema), desde que observados os protocolos de encaminhamento, por meio de mecanismos de referência e contra referência.

A UBS Pedreira está localizada na zona rural (9º distrito de Pelotas). Esta não possui vínculo com instituições de ensino, sendo subsidiada unicamente pelos recursos do Sistema Único de Saúde (SUS). O modelo de atenção é a ESF, com uma equipe, composta por dois médicos, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, uma dentista, um auxiliar de saúde bucal, uma assistente social, dois recepcionistas e cinco agentes comunitários de saúde (ACS).

Em relação à estrutura física a principal dificuldade encontrada, se deve ao fato do prédio, onde funciona a UBS, ser uma construção adaptada para este fim. Sendo assim, as instalações obviamente são inadequadas às necessidades dos usuários e dos profissionais. A unidade de saúde, além de possuir espaço físico reduzido, tem a maioria das peças inadequada ao que preconiza o Ministério da Saúde. Degraus, banheiros e portas inadequadas e salas com pisos escorregadios, dentre inúmeros outros problemas de infraestrutura, são a realidade.

O número de peças e o tamanho das mesmas são inadequados para o atendimento dos usuários. Contamos com uma sala de espera que comporta no máximo quinze pessoas, dois banheiros; um salão para recepção e arquivos; uma sala de vacina e para armazenar medicações; um consultório médico; uma sala de curativos; uma sala para atendimento de saúde da mulher; um consultório odontológico e uma cozinha.

A infraestrutura inadequada afeta diretamente o trabalho da equipe, bem com o acesso dos usuários. Nesse contexto é preocupante o atendimento aos idosos e aos deficientes físicos. Essas pessoas não conseguem ter livre acesso, dentro da UBS, com total autonomia, sem ter que enfrentar dificuldades ou solicitar ajuda de outros.

Felizmente há possibilidades de melhorias dessas estruturas, desde que a equipe e os gestores tenham conhecimento dos programas que estão sendo disponibilizados pelo governo federal. Atualmente, existe o “Requalifica UBS”, no qual os gestores podem cadastrar determinada unidade de saúde para esta então passar por reformas e adequações ou mesmo, construção de uma nova unidade de saúde.

No que diz respeito às atribuições dos profissionais, as atividades estão sendo executadas, da melhor maneira possível, dentro das limitações e dificuldades encontradas. Mesmo com uma equipe multidisciplinar mínima, e sem apoio de um NASF, se trabalha no sentido de atender toda a população, coordenando o cuidado.

Certamente ainda podem-se modificar alguns pontos, como por exemplo, a participação mais intensa da equipe na demarcação de territórios e, na adstrição dos usuários; melhorando a elaboração nas ações de saúde, ao passo que se identificariam grupos de risco e vulnerabilidades. Ainda, pela grande demanda também não se realiza, de forma adequada, o acolhimento, que é fundamental, na atenção básica, para que se tenha uma boa classificação de risco, tendo em vista à assistência efetiva a demanda espontânea, e o atendimento as urgências. De uma maneira geral, a demanda espontânea está sendo atendida, e os esforços agora, são para melhorar a qualidade deste atendimento.

O acolhimento é realizado pelo enfermeiro da equipe, sempre que há atendimentos que excedem ao número que limitamos por turno. Esse profissional então avalia a necessidade do usuário ser visto pelo médico naquele momento. Não havendo urgência na consulta, se agenda o atendimento para outra data, do contrário, o mesmo é atendido naquele momento.

No que diz respeito à população da área adstrita, há um total de 1531 habitantes, sendo 753 homens e 778 mulheres. Das mulheres, dez são gestantes e, todas fazem acompanhamento na UBS.

Na área de abrangência, há uma captação pequena, de crianças devido ao fato, de em uma unidade próxima, possuir pediatra. Nesse sentido, a cobertura de puericultura não é boa, pois muitas mães optam pelo especialista. Mesmo assim, se tem um bom controle das crianças que são vacinadas e, que estão em acompanhamento médico. Tem se buscado melhorar a captação em relação à puericultura, mas as mães ainda tem optado pelo atendimento do pediatra. Assim, visando o seguimento mínimo dessas crianças se revisa a caderneta de vacinação e, as mesmas recebem frequentemente a visita dos ACS. Por outro lado, as consultas de puericultura que são realizadas na UBS além de serem registradas no prontuário do restante da família, são organizadas também nas cadernetas de vacinação (segunda via).

Em relação ao pré-natal e puerpério não são realizadas atividades coletivas, devido à infraestrutura deficitária da UBS. As orientações são dadas individualmente e segundo Manual de Pré-Natal e Puerpério do Ministério da Saúde de 2012.

A cobertura do pré-natal é de 100%. Isso se deve muito ao trabalho do ACS, que tem colaborado na captação dessas pacientes. Todas as puérperas e gestantes, acompanhadas na UBS, têm registros à parte do prontuário geral. Neste último, constam apenas dados sucintos da consulta, estando o restante nas pastas específicas. Os indicadores de qualidade também são bons, e vem melhorando à medida que se enfatiza a importância do pré-natal, para a saúde da mãe e do RN.

Assim como o pré-natal, a cobertura de puerpério é de 100%. Muitas das usuárias, também fazem suas revisões em serviços vinculados as maternidades. Esse cenário já mudou bastante, pois antigamente algumas mulheres abandonavam o acompanhamento na UBS, após o parto. Isso provavelmente tenha ocorrido devido à ênfase dada durante o pré-natal, da importância das consultas de revisão puerperal.

A população de mulheres na faixa etária alvo, para prevenção de câncer de colo uterino, segundo o Caderno de Ações Programáticas (CAP), seriam 422. Muitas mulheres ainda tem receio de realizar o citopatológico (CP), por falta de informação e esclarecimento, porém a cobertura vem crescendo anualmente. O CP é realizado de segunda a sexta-feira, e os resultados retornam em cerca de vinte dias. Na busca de aumentar ainda mais a captação de usuárias tem se investido em medidas educativas, que elucidem as mesmas a cerca da importância desse exame. Por outro lado, as mulheres que fazem o acompanhamento ginecológico no posto, estão todas com o CP em dia e, registrados em um livro, exclusivo para controle desse seguimento através do qual é realizado monitoramento dos dados.

No que diz respeito ao Controle do Câncer da Mama a cobertura é prejudicada, principalmente devido a demora para a realização das mamografias. Sendo assim, cabe a equipe de ESF educar a população sobre a importância do rastreio do câncer de mama. Porém, a gestão municipal tem que melhorar e ampliar os serviços de mamografia. Paralelamente, mesmo não havendo uma cobertura

satisfatória, a maioria das usuárias acompanhadas está em dia com o que preconiza o MS, assim como todas estão orientadas quanto aos fatores de risco para câncer de mama. Os pedidos e resultados das mamografias são registrados em um livro de controle específico, para que seja realizado monitoramento.

O protocolo utilizado na UBS, em relação à saúde da mulher, é o Manual do Ministério da Saúde 2013. Como não a unidade não possui infraestrutura adequada, não são realizadas atividades em grupo.

Segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), possuímos 233 hipertensos e 58 diabéticos. Já, segundo o CAP os números estimados para usuários com HAS e DM, seriam respectivamente 343 e 98.

Na UBS Pedreira há um grupo de HiperDia, muito centrado na figura do enfermeiro e da técnica de enfermagem. Os dias dedicados à assistência desses usuários, não passa de distribuição de medicamento e aferição da pressão arterial (PA). Não há registro específico dos usuários hipertensos e diabéticos, o acompanhamento é registrado no prontuário geral. Sendo assim, não há monitoramento adequado.

No que diz respeito à rotina laboratorial dos usuários hipertensos e diabéticos, os exames são de fácil acesso e o retorno se dá em tempo satisfatório. O que, ainda, deixa muito a desejar é a longa espera pelas consultas com especialistas e para a realização de outros exames, como por exemplo o eletrocardiograma (ECG).

Outro ponto negativo, principalmente por se tratar de uma UBS de zona rural, é a falta de medicações. Muitas vezes, pela dificuldade de ir até a cidade retirar a medicação da farmácia popular, o tratamento é interrompido, o que não ocorreria se houvessem medicações na unidade.

Segundo o CAP, o número estimados de idosos, para nossa área de abrangência, seriam 210. A população idosa tem crescido muito atualmente, em consequência do aumento na expectativa de vida. Ainda, por se tratar de zona rural, mesmo com suas limitações de acesso, muitos nasceram e cresceram lá, e não conseguem se adaptar ao ritmo de vida na zona urbana. Os usuários com mais de



sessenta anos, são o público que mais procura a UBS, na maioria das vezes em caráter preventivo. Embora não haja um grupo exclusivo para idosos, grande parte deles frequentam o HiperDia e o grupo de convivência. Infelizmente, não possuímos registros específicos, que permitam o levantamento de dados sobre a cobertura.

Diariamente os idosos são atendidos igual à maioria da população e, além desses atendimentos, agendamos duas consultas por tarde. Ainda temos que melhorar, no sentido de fazer uma avaliação mais criteriosa desses usuários. Um exemplo seria a utilização da Caderneta do Idoso, que até então não foi incorporada na rotina. Além disso, se pode realizar a avaliação multidirecional rápida, que é muito prática e avalia o idoso como um todo.

Após algumas semanas de atividades da Especialização, fui realocada para outra unidade. Logo, não foi possível realizar o comentário comparativo com o texto inicial sobre a situação da ESF/APS, enviado na segunda semana de ambientação.

Por fim, após fazer uma retrospectiva desses primeiros meses de trabalho, acredito que nós, jovens médicos, temos muito a acrescentar na rotina das unidades em que fomos alocados. Penso que eu, assim como meus colegas, já percebemos boas mudanças desde que chegamos. Porém, já é sabido que para que se altere substancialmente a realidade da saúde pública, os gestores precisam melhorar a forma de administrar os recursos. De nada adianta aumentar o número de médicos e, não investir na melhoria de hospitais e outros estabelecimentos de saúde.

## **2. ANÁLISE ESTRATÉGICA - PROJETO DE INTERVENÇÃO**

### **2.1 Justificativa**

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira. Não há uma causa única para estas doenças, mas vários fatores de risco que aumentam a probabilidade de sua ocorrência. A HAS e o DM representam dois dos principais fatores de risco, contribuindo decisivamente para o agravamento deste cenário em nível nacional (Ministério da Saúde; 2013).

A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Já, no que diz respeito ao DM a prevalência autorreferida na população acima de 18 anos aumentou de 5,3% para 5,6%, entre 2006 e 2011 (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico- Vigitel, 2011).

A UBS Pedreira, onde se dará a intervenção, está localizada na zona rural de Pelotas e, funciona em um prédio improvisado. Logo a infraestrutura do local é muito distante do que preconiza o Ministério da Saúde (MS). O espaço físico do local, além de ser reduzido, é de difícil locomoção para alguns usuários, principalmente idosos e deficientes físicos.

Em relação à população da área adscrita, há um total de 1.531 habitantes, sendo o total de pessoas com DM e HAS, 56 e 233, respectivamente (SIAB, 2014). Não temos com precisar o número de hipertensos e diabéticos que frequentam a UBS, pois não existem registros específicos desses usuários, até o momento.

Atualmente o HiperDia ocorre nas terças-feiras. Nesta ocasião se afere a PA e, são entregues as medicações disponíveis. O atendimento está centrado apenas no enfermeiro e na técnica de enfermagem. Pouco tem sido ofertado, até o momento, no que diz respeito à promoção de saúde e prevenção.

A equipe de ESF, da UBS Pedreira, tem um número de profissionais adequado para atender a sua demanda. A mesma é ciente da importância desta intervenção para a população, principalmente devido a grande prevalência da HAS e do DM. Todos estão voltados em melhorar o atendimento a esses usuários, bem como na busca de faltosos e na captação dos ainda não diagnosticados. A organização, capacitação e integração da equipe, serão os principais aspectos que favorecerão o desenvolvimento das ações.

Os possíveis problemas para o desenvolvimento da intervenção, em sua maioria, estão relacionados à infraestrutura, difícil acesso e falta de material. Como a UBS funciona em prédio improvisado, não temos instalações adequadas para as atividades em grupo. Ainda, como muitos usuários morram em áreas de difícil acesso, isso dificulta o trabalho dos ACS. Soma-se a falta de medicações disponíveis na UBS, bem como a falta de matérias, tais como: fitas e aparelho de hemoglicoteste (HGT).

Diante disso, a intervenção voltada aos usuários hipertensos e diabéticos é imprescindível para que haja uma diminuição da demanda espontânea, no que diz respeito às descompensações, e um aumento na qualidade e sobrevida dos mesmos.

## **2.2 Objetivos e Metas**

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura de hipertensos e/ou diabéticos.

**Metas:**

1.1 Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e à DM da unidade de saúde.

1.2 Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

**Metas:**

2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.4. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na UBS.

2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

**Objetivo 3:** Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

**Metas:**

3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

3.2. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

**Objetivo 4:** Melhorar o registro das informações.**Metas:**

4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na UBS.

4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na UBS.

**Objetivo 5:** Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

**Metas:**

5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na UBS.

5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na UBS.

**Objetivo 6:** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.**Metas:**

6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos.

6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos.

6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos.

## **2.3 Metodologia**

### **2.3.1 Ações e detalhamento**

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura de hipertensos e/ou diabéticos.

**Metas:**

1.1 Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e à DM da unidade de saúde.

1.2 Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS.

**Ações:**

**Monitoramento e avaliação:**

- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Detalhamento:**

Na UBS Pedreira, contamos com 05 ACS e, o trabalho dos mesmos tem nos ajudado muito na busca pela meta de cobertura de 100% e, consequentemente na monitorização dos cadastrados no Programa. Penso, que uma vez cadastrados, bem orientados e avaliados quanto a sua condição clínica, a população tende a incorporar mais mudanças de estilo de vida a sua rotina e, frequentará a UBS cada vez mais em caráter preventivo.

**Organização e gestão do serviço:**

- Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.

**Detalhamento:**

Até então esses usuários não possuem registros específicos. Com a intervenção vamos utilizar as fichas espelho (Anexo B)e, realizar o registro de hipertensos e diabéticos.

- Melhorar o acolhimento para os portadores de HAS e/ou DM.

Detalhamento:

A equipe atua de forma a atender a todos os usuários que procuram a UBS, ouvindo suas queixas e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Estamos trabalhando na tentativa de prestar um atendimento com mais resolutividade e responsabilização, pois só assim os usuários vão ver a UBS como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS).

Vamos enfatizar a importância do comparecimento de todos mensalmente, as terças-feiras, quando a equipe se dedica a assistência desses usuários. Nos outros dias da semana, os mesmos serão igualmente recebidos e, a minha agenda, assim como a da dentista, serão organizadas com a finalidade de atendê-los melhor.

- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde e para realização do HGT.

Detalhamento:

A UBS está equipada com esfigmomanômetro, manguitos e fitas métricas em número suficiente para atender a demanda. Já foi solicitado a gestão o material para realização do HGT.

### **Engajamento público:**

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento:



Toda a equipe, em especial os ACS, tem informado a população sobre o Programa. Como esse atendimento já existe há algum tempo, a maioria dos usuários já sabe da existência do mesmo, então estamos procurando salientar as melhorias implantadas e seus benefícios, a fim de melhorar a captação não só de novos usuários, mas principalmente de faltosos.

- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

Detalhamento:

O diagnóstico precoce da HAS e o acompanhamento clínico, laboratorial e medicamentoso contínuo, são fundamentais para o controle, evitando complicações tardias. Logo, todos os usuários a partir dos 18 anos, serão orientados a procurar a UBS, para aferir a PA. Segundo o Caderno de HAS (Ministério da Saúde 2013): todo adulto com 18 anos ou mais de idade, quando vier à UBS para consulta, atividades educativas, procedimentos, entre outros, e não tiver registro no prontuário de ao menos uma verificação da PA nos últimos dois anos, deverá tê-la verificada e registrada.

- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento:

PA entre 130/85 a 139/89 mmHg, é considerada limítrofe. Indivíduos com essas medidas deverão fazer avaliação para identificar a presença de outros fatores de risco para doença cardiovascular. Pessoas com PA limítrofe possuem um maior risco de HAS, e devem ser orientados quanto a mudanças no estilo de vida. Logo, sempre que detectado um usuário com PA limítrofe sustentada na UBS, será iniciado o rastreamento pertinente para DM.

- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento:

Como a associação da hipertensão e do diabetes é bem comum na prática clínica, estimulamos os usuários a prevenir, principalmente, fatores de risco envolvidos nessas duas patologias. Será sempre enfatizada a prevenção da obesidade, sedentarismo e dislipidemia. Vamos estimular as mudanças no estilo de vida, que incluem alimentação e atividade física.

### **Qualificação da prática clínica:**

- Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e/ou diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

#### **Detalhamento:**

No mês que antecedeu o início da intervenção, toda a equipe foi capacitada, de acordo com o protocolo adotado. Acredito, que isso, associado às instruções, que serão dadas no decorrer da intervenção, contribuirão de maneira significativa às visitas mensais, realizadas pelos ACS, aos usuários.

Esses profissionais já realizavam rotineiramente o cadastramento de hipertensos e/ou diabéticos, apenas reforçamos a importância desse trabalho.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e, para realização do HGT em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

#### **Detalhamento:**

Durante o mês que antecedeu o início da intervenção, toda a equipe foi capacitada de acordo com o protocolo adotado. A capacitação ocorreu semanalmente, durante as reuniões de equipe. Procuramos salientar bastante, até mesmo com demonstrações, a importância da boa técnica ao examinar os usuários.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

### **Metas:**

2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

**Ações:**

**Monitoramento e Avaliação:**

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos hipertensos e/ou diabéticos.

**Detalhamento:**

O exame físico desses usuários deve incluir sempre, medidas antropométricas, ausculta cardíaca e pulmonar, frequências cardíaca e pulmonar e aferição da PA. Muito importante também, no que diz respeito aos diabéticos, é que tenham seus pés examinados pelo médico, ou profissional de enfermagem, assiduamente. Através das fichas espelho (Anexo B), vamos conseguir monitorar melhor a realização do exame clínico.

**Organização e gestão dos serviços:**

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de hipertensos e/ou diabéticos.

**Detalhamento:**

A equipe de enfermagem vai realizar o atendimento inicial, entrega de medicações, verificar PA, peso, altura e glicemia capilar. Também fica a cargo desses profissionais o cálculo do índice de massa corporal (IMC), a classificação de risco cardiovascular e, o exame dos pés.

Elaboramos um cronograma para que, nas terças-feiras, esses usuários também recebam atendimento médico e odontológico, inicialmente, priorizando os casos com maior necessidade. Toda a equipe foi capacitada e, é responsável por orientar os usuários em relação a fatores de risco e mudança no estilo de vida.

- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

**Detalhamento:**

Antes do início da intervenção, os protocolos foram disponibilizados na unidade. A capacitação dos profissionais iniciou algumas semanas antes da intervenção, com periodicidade semanal, durante as reuniões de equipe.

- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

**Detalhamento:**

A atualização dos profissionais ocorrerá semanalmente, nas reuniões de equipe, ao longo das doze semanas.

- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

**Detalhamento:**

Os protocolos adotados já estão disponíveis na unidade.

**Engajamento público:**

- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e do diabetes, sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

**Detalhamento:**

As ações que visam orientar a população em, relação a fatores de risco, serão sempre realizadas por todos os membros da equipe. Como os principais elos entre a comunidade e a unidade são os ACS, eles também foram capacitados a orientar os usuários da importância do exame dos pés, e quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas. O restante da equipe, também está apta a orientar os usuários sobre a importância desse acompanhamento e prevenção.

**Qualificação da prática clínica:**

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

**Detalhamento:**

A capacitação teórico-prática da equipe ocorre, durante as reuniões de equipe e, de acordo com o protocolo adotado. Serão feitas demonstrações com a enfermagem, para que se realize um exame adequado das extremidades, visando entre outros pontos: avaliação da pele, músculo esquelética, vascular e da sensibilidade.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

**Metas:**

2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.4. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Ações:****Monitoramento e avaliação:**

- Monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

**Detalhamento:**

A rotina dos exames laboratoriais dos usuários hipertensos, assim como a realização do eletrocardiograma, como sugerida pelo Caderno de Atenção Básica do MS será realizada anualmente. Considerando sempre a necessidade de avaliações mais seguidas, de acordo com o risco cardiovascular de cada um, as metas de cuidado e as complicações existentes.

Paralelamente, a periodicidade dos exames, dos usuários diabéticos, dependerá do acompanhamento individual de cada um, considerando, segundo o Caderno de Atenção Básica do MS, o alto risco cardiovascular para a pessoa com DM, o controle metabólico, as metas de cuidado e as complicações existentes.

- Monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento:

As fichas espelho (Anexo B) vão ser a principal ferramenta para monitorar a periodicidade dos exames laboratoriais. Inicialmente, esse monitoramento, será feito por mim, até que as fichas sejam incorporadas a rotina da UBS.

### **Organização e gestão dos serviços:**

- Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento:

Todos os exames complementares serão solicitados, na UBS, com a periodicidade recomendada no protocolo adotado.

- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Detalhamento:

Os resultados dos exames laboratoriais retornam a UBS em um prazo máximo de 14 dias. Na própria unidade são coletados materiais para análise, todas as sextas-feiras.

Em relação a os outros exames complementares, como por exemplo, o ECG, são todos agendados via Secretaria de Saúde. Esses tem demorado em média um a dois anos, para serem realizados. Estamos em contato com a gestão, para que o processo se agilize.

- Estabelecer sistemas de alerta dos exames complementares preconizados.

Detalhamento:

De acordo com o protocolo adotado, fixamos nas salas da UBS, cartazes com os exames complementares que devem ser solicitados aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, bem como sua periodicidade.

#### **Engajamento público:**

- Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

##### **Detalhamento:**

A equipe vai orientar os usuários, na UBS ou nas visitas domiciliares, a importância da realização de exames complementares, no acompanhamento da HAS e do DM, a na prevenção complicações.

- Orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

##### **Detalhamento:**

A periodicidade dos exames complementares será informada aos usuários, de acordo com os resultados dos seus exames anteriores, baseados no protocolo adotado para a intervenção e, como já foi descrito anteriormente.

#### **Qualificação da prática clínica:**

- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

##### **Detalhamento:**

A capacitação da equipe foi realizada algumas semanas antes, do início da intervenção. Como a HAS e o DM estão envolvidos na gênese de muitos eventos cardiovasculares, foi enfatizado a importância da solicitação dos exames complementares no rastreio de fatores de risco.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

**Metas:**

2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na UBS.

**Ações:****Monitoramento e avaliação:**

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento:

Os medicamentos prescritos, sempre que possível, ou estarão disponíveis na UBS, ou poderão ser retirados na Farmácia Popular, com a receita médica.

**Organização e gestão do serviço:**

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento

Infelizmente, não possuímos profissionais farmacêuticos, que realizem controle dos estoques de medicações regularmente. Os profissionais dessa área visitam a UBS esporadicamente, pois atendem a muitas unidades.

Por ora, toda a equipe tem feito o controle de estoque e validade dos medicamentos. Mesmo não sendo o ideal, tem funcionado até então.

- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento:



Inicialmente, como existem poucos registros do acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos, contamos com a ajuda dos ACS, para elaborar uma listagem das medicações mais usadas.

No decorrer da intervenção, já com os registros mais organizados, vamos conseguir projetar com mais exatidão, a relação dos medicamentos necessários.

#### **Engajamento público:**

- Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento:

Sempre que as medicações não estejam disponíveis na UBS, ou se por algum motivo o usuário não consiga comparecer a unidade, a medicação pode ser retirada em qualquer estabelecimento vinculado a Farmácia Popular. Para tanto, essa informação será sempre reforçada e, as receitas serão renovadas quando necessário.

#### **Capacitação da prática clínica:**

- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e do diabetes.

Detalhamento:

Todas as ações de capacitação profissional foram iniciadas algumas semanas antes do início da intervenção e se estenderão ao longo dos próximos três meses, obedecendo aos protocolos adotados. Em geral, a capacitação, ocorre semanalmente, durante as reuniões de equipe.

- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento:

Todas as ações de capacitação profissional foram iniciadas algumas semanas antes do início da intervenção e se estenderão ao longo dos próximos três meses, obedecendo aos protocolos adotados. Em geral, a capacitação, ocorre semanalmente, durante as reuniões de equipe.

Sempre que as medicações não estejam disponíveis na UBS, ou se por algum motivo o usuário não consiga comparecer a unidade, a medicação pode ser retirada em qualquer estabelecimento vinculado a Farmácia Popular. Para tanto, essa informação será sempre reforçada e, as receitas serão renovadas quando necessário.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

**Metas:**

2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

**Ações:**

**Monitoramento e avaliação:**

- Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e/ou diabéticos com o dentista.

**Detalhamento:**

A equipe de saúde bucal participará ativamente da intervenção, tanto na unidade quanto nas visitas domiciliares. Ficará a cargo desses profissionais a monitorização deste acompanhamento.

**Organização e gestão do serviço:**

- Organizar a agenda da atenção a saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e/ou diabético.

Detalhamento:

A equipe de saúde bucal também vai organizar os agendamentos, com a finalidade de melhorar a assistência e a cobertura de hipertensos e diabéticos.

- Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico

Detalhamento:

A equipe de saúde bucal vai realizar a classificação de risco odontológico e estabelecer as prioridades no agendamento. A classificação será realizada, principalmente, nas terças-feiras, no turno da manhã, quando a equipe está voltada ao atendimento de usuários com HAS e DM,.

- Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes pacientes.

Detalhamento:

Inicialmente os usuários serão atendidos pela dentista da unidade. Caso haja necessidade de outro nível de atendimento odontológico, essa profissional ficou encarregada de realizar o encaminhamento.

### **Engajamento público:**

- Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.

Detalhamento:

Vamos buscar parcerias principalmente com a escola, realizando atividades que envolvam pais e filhos.

- Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.

Detalhamento:

A unidade possui uma dentista e, os atendimentos odontológicos especializados estão disponíveis, sempre que necessário, e mediante encaminhamento dessa profissional.

#### **Qualificação da prática clínica:**

- Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do paciente hipertenso e/ou diabético.

Detalhamento:

Como a equipe de saúde bucal se disponibilizou a participar integralmente da intervenção, ficará a cargo desses profissionais a avaliação e tratamento desses usuários.

**Objetivo 3:** Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

#### **Metas:**

3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

3.2. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

#### **Ações**

#### **Monitoramento e avaliação:**

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento:

O monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas será realizado a partir dos registros nas fichas-espelho (Anexo B). Sempre que detectarmos um usuário em atraso ou faltoso, será realizada busca ativa e agendamento de consulta.

### **Organização e gestão dos serviços:**

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

Detalhamento:

As visitas domiciliares para buscar os faltosos, serão realizadas pelos ACS. Infelizmente, por se tratar de uma UBS na zona rural, as localidades são muito distantes e, só possuímos veículo disponível nas sextas-feiras. Logo, esse dia será destinado aos usuários impossibilitados de ir até a unidade, mas que não podem ficar de fora da intervenção.

- Organizar a agenda para acolher os hipertensos e/ou diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento:

Os usuários provenientes das buscas domiciliares serão agendados ao longo das semanas, no turno da tarde. A agenda já foi organizada com a finalidade de atender melhor a esse público.

### **Engajamento público:**

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Detalhamento:

Toda a equipe foi capacitada com a finalidade de informar os usuários a respeito da importância da realização das consultas. Isso tudo, pois a HAS e o DM são fatores de risco cardiovascular e, portanto esses usuários devem ser sempre assistidos com a finalidade de compensar essas doenças.

- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e/ou diabetes (se houver número excessivo de faltosos).

Detalhamento:

Para que não ocorra evasão a população não só terá espaço para sugerir estratégias, como também será instigada pela equipe a participar das estratégias de cuidado. Isso será executado na unidade e, durante as visitas domiciliares.

- Esclarecer aos portadores de hipertensão, diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento:

Após a primeira consulta, assim que for estabelecida individualmente a periodicidade ideal, os usuários serão esclarecidos a cerca disso. A data agendada para a próxima consulta, também ficará registrada nas fichas-espelho (Anexo B).

#### **Capacitação da prática clínica:**

- Treinar os ACS para a orientação de hipertensos e/ou diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento:

Todas as ações de capacitação profissional foram iniciadas algumas semanas antes do início da intervenção e se estenderão ao longo dos próximos três meses, obedecendo aos protocolos adotados. Em geral, a capacitação, ocorre semanalmente, durante as reuniões de equipe.

Após a primeira consulta, assim que for estabelecida individualmente a periodicidade ideal, os usuários serão esclarecidos a cerca disso. A data agendada para a próxima consulta, também ficará registrada nas fichas-espelho (Anexo B). Contamos com os ACS, para que ressaltem a importância do comparecimento as consultas agendadas.

**Objetivo 4:** Melhorar o registro das informações.

**Metas:**

4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na UBS.

4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na UBS.

**Ações:****Monitoramento e avaliação:**

- Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento:

Como não haviam registros específicos para os usuários com HAS e DM na UBS, inicialmente a qualidade dos mesmos será monitorada por mim. Assim que o acompanhamento estiver mais organizado e, as fichas passarem a fazer parte da rotina da unidade, essa tarefa será executada por outros membros da equipe. Acredito que isso ocorrerá de forma natural, com o envolvimento dos profissionais, ao longo dos três meses.

**Organização e gestão do serviço:**

- Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento:

Os dados do SIAB são atualizados pelos ACS, principalmente após as visitas domiciliares.

- Implantar planilha/registro específico de acompanhamento.

Detalhamento:

Os registros vão ser realizados nas fichas espelho (Anexo B). Serão impressas em número suficiente para que todos os usuários diabéticos e/ou hipertensos tenham um acompanhamento clínico-laboratorial organizado. Os registros vão ser mantidos em arquivos separados do prontuário geral e, disponíveis a todos os membros da equipe.

- Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento:

As fichas espelho (Anexo B) foram tema de algumas reuniões de equipe, antes de iniciar a intervenção. Conversamos sobre a importância da realização dos registros, para o acompanhamento dos hipertensos e diabéticos. Enfatizei que com a organização das informações, vamos agilizar e melhorar a assistência.

- Definir responsável pelo monitoramento registros.

Detalhamento:

Como não haviam registros específicos para os usuários com HAS e DM na UBS, inicialmente os mesmos serão monitorados por mim. Assim que o acompanhamento estiver mais organizado e, as fichas passarem a fazer parte da rotina da unidade, o ideal é que essa tarefa seja executada por outros membros da equipe. Acredito que isso ocorrerá de forma natural, com o envolvimento dos profissionais, ao longo dos três meses.

- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento:

Como a população assistida pela UBS não é grande, a organização dos registros através das fichas espelho (Anexo B), já vão propiciar que se viabilizem situações de alerta.



**Engajamento público:**

- Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

**Detalhamento:**

Os usuários são constantemente informados, do livre acesso em relação aos seus registros. Sempre que solicitado acesso ao seu prontuário deve ser-lhe permitido e, se desejar serão fornecidas cópias ou elaborado um laudo que contenha o resumo das informações lá contidas.

**Capacitação da prática clínica:**

- Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e/ou diabético.

**Detalhamento:**

As fichas espelho (Anexo B) foram tema de algumas reuniões de equipe, antes do início da intervenção. Conversamos sobre a importância do preenchimento adequado dos registros, para o acompanhamento dos hipertensos e diabéticos. Salientei que com a organização das informações, vamos conseguir agilizar e melhorar a assistência.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

**Detalhamento:**

Todas as ações de capacitação profissional foram iniciadas algumas semanas antes do início da intervenção e se estenderão ao longo dos próximos três meses, obedecendo aos protocolos adotados. Em geral, a capacitação, ocorre semanalmente, durante as reuniões de equipe.

**Objetivo 5:** Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

**Metas:**

5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na UBS.

5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na UBS.

**Ações****Monitoramento e avaliação:**

- Monitorar o número de usuários hipertensos e/ou diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento:

A estratificação de risco cardiovascular não era realizada na UBS. Com o início da intervenção tanto eu, como a equipe de enfermagem vamos realiza-la e, monitorar a sua periodicidade.

**Organização e gestão do serviço:**

- Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco.

Detalhamento:

Os usuários com alto risco cardiovascular terão prioridade no agendamento. Sempre que forem detectados serão imediatamente agendados e, após a primeira consulta irá se estabelecer a periodicidade adequada.

- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento:

Os agendamentos, no turno da tarde, serão organizados com a finalidade de melhorar a assistência de hipertensos e diabéticos de alto risco cardiovascular.

Serão disponibilizados três horários por tarde, inicialmente, e, caso necessário, vamos ampliar o número de consultas reservadas a esse grupo.

**Engajamento público:**

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

**Detalhamento:**

As orientações quanto ao nível de risco e à importância do acompanhamento regular, serão reforçadas por toda a equipe, sempre que o usuário for a UBS e, também nas visitas domiciliares. Paralelamente, serão agendadas consultas para os indivíduos que não estão em acompanhamento clínico regular.

A complexidade do problema HAS/DM implica na necessidade de um acompanhamento regular e no envolvimento dos usuários, incluindo seus familiares, na definição e pactuação das metas de acompanhamento a serem atingidas.

- Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

**Detalhamento:**

A equipe foi capacitada, principalmente, para fornecer informações aos usuários a cerca de prevenção. Infelizmente, as instalações da unidade não permitem que sejam realizadas atividades coletivas, porém, individualmente todos os usuários serão esclarecidos.

**Qualificação da prática clínica:**

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham (Anexo D) ou de lesões em órgãos alvo.

**Detalhamento:**

A capacitação da equipe foi iniciada algumas semanas antes da intervenção e, será mantida durante as doze semanas. Dentre tantos outros tópicos, vamos abordar a realização da estratificação de risco cardiovascular.

- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Detalhamento:

Para estratificação de risco cardiovascular a equipe utilizará escore de Framingham (Anexo D). A partir da estratificação de risco, selecionam-se indivíduos com maior probabilidade de complicações, os quais se beneficiarão de intervenções mais intensas e, que necessitarão de uma maior atenção da equipe. Para tanto, será enfatizada a importância do registro desta avaliação.

- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento:

A capacitação da equipe ocorreu nas semanas que antecederam a intervenção e, continuará ao longo das próximas. As estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis serão sempre destacadas, visto que a prevenção será nossa prioridade.

**Objetivo 6:** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

**Metas:**

6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

**Ações:**

**Monitoramento e avaliação:**

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento:

O monitoramento da realização das orientações nutricionais será feito por mim e pela equipe de enfermagem. As fichas espelho (Anexo B) tornarão o monitoramento mais ágil e sistematizado.

### **Organização e gestão do serviço:**

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento:

Nossa UBS não possui infraestrutura que viabilize as atividades de âmbito coletivo. Estamos buscando outros lugares na comunidade, que comportem um número maior de pessoas. Inicialmente as orientações serão dadas individualmente. Vamos tentar auxiliar os indivíduos a fazerem mudanças em seus hábitos alimentares, favorecendo o melhor controle metabólico, do peso corporal, da pressão arterial e do nível glicêmico.

- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento:

Antes no início da intervenção, será conversado com os gestores sobre a importância do atendimento multidisciplinar, na assistência de portadores de doenças crônicas. Em especial será enfatizada a necessidade de criar o NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) em Pelotas.

### **Engajamento público:**

- Orientar hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento:

Os usuários e seus familiares serão orientados por toda a equipe, quanto a importância da alimentação saudável, tanto na unidade como nas visitas domiciliares.

**Qualificação da prática clínica:**

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

Detalhamento:

A capacitação da equipe ocorreu nas semanas que antecederam a intervenção e, se estenderá no decorrer da mesma.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento:

A capacitação da equipe ocorreu nas semanas que antecederam a intervenção e, se estenderá no decorrer da mesma.

**Objetivo 6:** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

**Metas:**

6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos.

6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos.

**Ações:**

**Monitoramento e avaliação:**

- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento:

O monitoramento da realização das orientações quanto à atividade física será feito por mim e pela equipe de enfermagem, com o auxílio das fichas espelho (Anexo B).

### **Organização e gestão dos serviços:**

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento:

Nossa UBS não possui infraestrutura que viabilize as atividades de âmbito coletivo. Estamos buscando outros lugares na comunidade, que comportem um número maior de pessoas. Inicialmente as orientações serão dadas individualmente. Vamos tentar auxiliar os indivíduos a realizarem atividade física regular, favorecendo o melhor controle metabólico, do peso corporal, da pressão arterial e do nível glicêmico.

- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento:

Antes no início da intervenção, será conversado com os gestores sobre a importância do atendimento multidisciplinar, na assistência de portadores de doenças crônicas. Em especial será enfatizada a necessidade de criar o NASF em Pelotas.

### **Engajamento público:**

- Orientar hipertensos e/ou diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento:

Os usuários e seus familiares serão orientados por toda a equipe, quanto à importância da atividade física regular, tanto na unidade como nas visitas domiciliares.

#### **Qualificação da prática clínica:**

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Detalhamento:

A capacitação da equipe ocorreu nas semanas que antecederam a intervenção e, se estenderá no decorrer da mesma.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento:

A capacitação da equipe ocorreu nas semanas que antecederam a intervenção e, se estenderá no decorrer da mesma.

**Objetivo 6:** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

#### **Metas:**

6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos.

#### **Ações:**

#### **Monitoramento e avaliação:**

- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e/ou diabéticos.



Detalhamento:

O monitoramento da realização das orientações quanto aos riscos do tabagismo, serão feitas por mim e pela equipe de enfermagem, com o auxílio das fichas espelho (Anexo B).

### **Organização e gestão do serviço:**

- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Detalhamento:

O hábito de fumar é o principal fator de risco para doenças do coração e dos vasos, bem como para o câncer e lesões pulmonares irreversíveis. Logo, é imprescindível que se enfatize sempre os benefícios de parar de fumar. Para tanto, vamos conversar com os gestores, antes de iniciar a intervenção a respeito da compra de medicamentos para o tratamento do abandono do tabagismo.

### **Engajamento público:**

- Orientar os hipertensos e/ou diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento:

Sempre que esses usuários comparecerem na unidade e durante as visitas domiciliares, serão orientados quanto aos benefícios de parar e fumar e os tratamentos para este fim.

### **Qualificação da prática clínica:**

- Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas

. Detalhamento:

A capacitação da equipe ocorreu nas semanas que antecederam a intervenção e, se estenderá no decorrer da mesma.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento:

A capacitação da equipe ocorreu nas semanas que antecederam a intervenção e, se estenderá no decorrer da mesma.

### **2.3.2 Indicadores:**

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura de hipertensos e/ou diabéticos.

**Meta:**

1.1 Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e à DM da unidade de saúde.

**Indicador:**

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da UBS.

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura de hipertensos e/ou diabéticos.

**Meta:**

1.2 Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS.

**Indicador:**

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da UBS.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

**Meta:**

2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

**Indicador:**

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na UBS.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

**Meta:**

2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

**Indicador:**

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na UBS.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

**Meta:**

2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador:**

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na UBS.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

**Meta:**

2.4. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador:**

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na UBS.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

**Meta:**

2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador:**

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HiperDia.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados no Programa com prescrição de medicamentos.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

**Meta:**

2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na UBS.

**Indicador:**

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HiperDia.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados no Programa com prescrição de medicamentos.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

**Meta:**

2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

**Indicador:**

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

**Meta:**

2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

**Indicador:**

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da UBS.

**Objetivo 3:** Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

**Meta:**

3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador:**

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na UBS faltosos às consultas.

**Objetivo 3:** Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

**Meta:**

3.2. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador:**

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na UBS faltosos às consultas.

**Objetivo 4:** Melhorar o registro das informações.

**Meta:**

4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na UBS.

**Indicador:**

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na UBS com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na UBS.

**Objetivo 4:** Melhorar o registro das informações.

**Meta:**

4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na UBS.

**Indicador:**

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na UBS com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na UBS.

**Objetivo 5:** Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

**Meta:**

5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na UBS.

**Indicador:**

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na UBS com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na UBS.

**Objetivo 5:** Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

**Meta:**

5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na UBS.

**Indicador:**

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na UBS com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na UBS.

**Objetivo 6:** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

**Meta:**

6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.



**Indicador:**

Numerador: Número de hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na UBS.

**Objetivo 6:** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

**Meta:**

6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

**Indicador:**

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na UBS.

**Objetivo 6:** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

**Meta:**

6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos.

**Indicador:**

Numerador: Número de hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na UBS.

**Objetivo 6:** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

**Meta:**

6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos.

**Indicador:**

Numerador: Número de diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na UBS.

**Objetivo 6:** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

**Meta:**

6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

**Indicador:**

Numerador: Número de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na UBS.

**Objetivo 6:** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

**Meta:**

6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos.

**Indicador:**

Numerador: Número de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na UBS.

### 2.3.3 Logística

O protocolo (manual técnico) que vamos adotar para a intervenção é o Caderno de Atenção Básica do MS de HAS e, o Caderno de Atenção Básica do MS de DM (MS 2013). A capacitação da equipe iniciou antes da intervenção e, se estenderá ao longo da mesma.

As ações para viabilizar o monitoramento, serão registradas nas fichas espelho (Anexo B), disponibilizadas pela coordenação as quais contêm todas as informações necessárias, para permitir o monitoramento e avaliação adequados à intervenção. As fichas serão impressas em número suficiente para cadastrar o público-alvo.

As fichas espelho (Anexo B) não serão anexadas ao prontuário, pois ficariam difícil de ser manuseadas. As mesmas serão arquivadas em uma pasta exclusiva, tendo em vista que o objetivo é tornar o trabalho mais eficiente. Pessoalmente farei o controle dos faltosos, para que a equipe, principalmente os agentes de saúde, façam a captação desses usuários.

O ideal é que todos os hipertensos e diabéticos sejam atendidos uma vez por mês, no HiperDia. Como o espaço físico da UBS é reduzido, vamos tentar organizar o grupo, de forma que as orientações sejam dadas a todos, mas individualmente. A organização se dará da seguinte forma: dividimos o total de cadastrados, formando quatro subgrupos. Logo, cada subgrupo será atendido uma vez por mês, as terças-feiras.

As visitas domiciliares, aos acamados, serão realizadas na última sexta-feira de cada mês, pelos membros da equipe que também participarão do atendimento na UBS: médico, dentista, auxiliar de saúde bucal, enfermeiro e técnico de enfermagem.

Além do exame físico e do atendimento odontológico, os usuários receberão os medicamentos e serão orientados quanto mudanças de estilo de vida. Também, serão solicitados exames complementares, de acordo com o que preconiza o MS. Os exames laboratoriais são coletados na UBS, todas as sextas-feiras, o que facilita

o acesso dos usuários, visto que todos são moradores da zona rural. O restante dos exames, como por exemplo, o ECG, são encaminhados para que posteriormente a Secretaria Municipal de Saúde agende-os.

Nos outros dias da semana, vamos rastrear o restante da população, para que novos diagnósticos sejam feitos (aferindo a PA, solicitando glicemia e hemoglobina glicosilada).



### **3. RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO**

Com o término das doze semanas de intervenção, elaboro o meu relatório, a cerca dos resultados e experiência obtidos até então. Saliento que, mesmo finalizando os três meses procurei sempre enfatizar com a equipe a importância da continuidade das ideias propostas. Isso tudo, porque os desafios do controle e prevenção da HAS e do DM, assim como suas complicações, são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica.

Inicialmente, posso afirmar, que é visível a percepção de que a equipe e a população pertencente a área da UBS Pedreira aderiram de uma forma significativa ao cronograma estabelecido, razão pela qual os indicadores foram todos melhorados.

Logo, o que não alcançamos em números, nas metas propostas foram, com certeza, suplantados pela melhoria no atendimento dos usuários, conforme se explicará no relatório a seguir. Ainda, destaco que a equipe está organizada e capacitada para melhorar, ainda mais, essa assistência, principalmente com a construção das novas instalações da UBS, programadas para o próximo ano.

#### **3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas:**

Algumas ações foram facilmente implantadas, outras nem tanto. Em geral, conseguimos seguir com o proposto no cronograma. Claro que houveram algumas adaptações, de acordo com o passar dos dias. Gostaria de destacar que, tudo que dependeu da integração e disponibilidade da equipe, foi executado da melhor forma possível.

Segundo dados do SIAB nossa área de abrangência conta com 233 hipertensos e 58 diabéticos. Não conseguimos cadastrar 100% desses usuários. Mesmo assim, os números foram bem significativos, pois ao longo de apenas três meses, cadastramos 190 (81,5%) hipertensos e 51 (87,9%) diabéticos. A esses números, se somam os usuários que foram diagnosticados com HAS ou DM, ao longo da intervenção. Acredito, que no decorrer dos próximos meses, conseguiremos monitorar os hipertensos e diabéticos que ainda faltaram.

No que diz respeito ao acolhimento dos usuários portadores de HAS e/ou DM, conseguimos melhorar bastante. Sempre enfatizamos a importância do comparecimento de todos mensalmente, as terças-feiras, quando a equipe se dedica a assistência desses usuários. Nos outros dias da semana, esses usuários eram igualmente recebidos e, a minha agenda, assim como a da dentista, foram organizadas com a finalidade de atendê-los melhor.

Desde o início da intervenção, a UBS já disponibilizava dos materiais adequados (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica). Solicitamos a gestão, apenas, os aparelhos de HGT e, fomos prontamente atendidos.

Os ACS foram, sem dúvidas, essenciais durante a intervenção, sendo o elo entre a UBS e a população. Ao longo dos três meses informaram a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à HAS e ao DM da unidade de saúde e, salientaram a importância da prevenção dos fatores de risco e acompanhamento dessas doenças crônicas.

Infelizmente, durante a sexta semana de intervenção, uma das ACS, foi desvinculada da equipe e, isso dificultou um pouco o nosso trabalho. Foi conversado com a gestão, com a finalidade de que outro agente fosse incorporado à equipe, mas até então, persistimos com uma micro-área descoberta.

Antes de iniciar a intervenção, e ao longo dos três meses, durante as reuniões de equipe, que ocorrem as quartas-feiras no turno da tarde, foi feita a capacitação, de acordo com os protocolos adotados. Os ACS foram orientados, entre outros aspectos, para realizar o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da UBS, com a finalidade de manter as informações do SIAB atualizadas.

Em relação à classificação de risco e ao exame físico, quase todos os usuários estão em dia. Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico dos usuários e, capacitar os profissionais para realizar a estratificação de risco, segundo o escore de Framingham (Anexo D) foi muito importante, para melhorar a assistência. Com o passar das semanas foi notável a melhora do acompanhamento, estando a grande maioria dos usuários compensados.

Outro ponto a ser destacado, são os exames complementares. No que diz respeito às rotinas laboratoriais, não há do que reclamar. Todas as sextas-feiras, são coletados os materiais para análise, na própria UBS e, os resultados retornam em um prazo máximo de quatorze dias.

Paralelamente, qualquer outro exame solicitado, é agendado via Secretaria de Saúde, assim como os encaminhamentos para atendimento especializado, e esses estão demorando cerca de um a dois anos. Com isso, a grande maioria dos usuários tem procurado os serviços privados, para agilizar seu acompanhamento. Já foi conversado com a gestão sobre isso e, fomos orientados a informar à assistente social da UBS, os casos mais urgentes, para que se acelerasse o processo. Isso, claro, não resolve a situação, já que a maioria dos exames são solicitados em caráter preventivo.

Até agora, tenho conseguido alterar a maioria dos esquemas de medicações, para que os usuários se beneficiem da Farmácia Popular e, para que melhore a adesão medicamentosa. Mesmo assim por se tratar de uma UBS, localizada na zona rural, muitos usuários tem dificuldade para buscar as medicações na cidade. Logo, elaboramos, durante a reunião de equipe, uma nova relação de medicamentos, que foi enviada à responsável pela Farmácia Municipal. Felizmente, a maioria dos itens já estão à disposição dos usuários na UBS.

Com a finalidade de monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo e melhorar o atendimento aos usuários de alto risco, agendamos esses usuários para consultas no turno da tarde, no decorrer das semanas. De acordo com a relação dos hipertensos e diabéticos, fornecida pelos ACS, antes de começar a intervenção, detectamos os faltosos. Nas reuniões de equipe, agendamos o maior número possível, desses usuários, para a semana seguinte.

Os ACS, posteriormente, comunicam o agendamento aos usuários, assim como enfatizam a importância da realização das consultas e, informam sobre a periodicidade preconizada. Todos os hipertensos e/ou diabéticos, com dificuldade



para comparecer a UBS, foram visitados em seus domicílios pela equipe, sempre nas sextas-feiras.

### **3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas:**

Nos meus primeiros meses como médica da UBS Pedreira, pensei que o acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, estava ocorrendo de forma regular. Com o início da intervenção, percebemos que o número de faltosos era muito expressivo e, que a organização e a assistência deixavam muito a desejar. Como a prioridade inicial, foi melhorar esses aspectos, deixamos muitas vezes de ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão. Sendo que a relação da equipe com os usuários é muito boa, acredito que, nos próximos meses vamos conseguir desenvolver essa ação.

Mesmo com atendimento e esclarecimento, principalmente a cerca de fatores de risco, o que ainda deixa a desejar são as reuniões do HiperDia. Como nossa infraestrutura é muito deficitária, não conseguimos executar as medidas educativas e de prevenção, em um contexto coletivo. A maior sala da UBS comporta em torno de 15 pessoas sentadas. Já tentamos realizar o grupo em outro local, mas não tivemos sucesso. Felizmente, as novas instalações da UBS já estão em construção. Acredito que as ações implantadas agora, aliadas com uma infraestrutura adequada, farão com que a assistência aos usuários ocorra da melhor forma possível.

Infelizmente, nosso município não possui NASF, pois é notório isso teria facilitado muito durante a intervenção e, para que as mudanças impostas por ela se perpetuem. As equipes com multiprofissionais melhorariam a qualidade do processo de trabalho e, o vínculo com a comunidade. Durante a intervenção, foi conversado com os gestores sobre a importância desses profissionais, espero que em breve a Atenção Básica de Pelotas, possa contar com o NASF.

**3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.**

Inicialmente, tive algumas dúvidas no preenchimento das tabelas de coleta de dados e, indicadores. Acredito, que com o passar das semanas, com a realização das tarefas e orientações posteriores, essas dificuldades foram sanadas.

Os registros, através das fichas-espelho (Anexo B), foram inicialmente um pouco difíceis. Confesso, que até hoje, ainda é realizado o registro duplo: no prontuário e nas fichas-espelho (Anexo B). Porém, tenho observado que cada vez mais as fichas tem feito parte da rotina da UBS, pois todos os profissionais já notaram que a organização proporcionada pelas mesmas, torna o trabalho muito mais ágil e dinâmico.

Como inicialmente, a equipe foi resistente a implantação dos registros específicos de acompanhamento, até então a responsável pelo monitoramento, tem sido eu. Inicialmente, como a população de abrangência da UBS não é muito grande, o monitoramento dos registros já permite que se viabilize situações de alerta.

**3.4 Análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço e da viabilidade da continuidade da ação programática como rotina, mesmo com a finalização do curso. Descreva aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra.**

Fazendo uma análise geral da intervenção, concluo que os resultados são bastante positivos. Conseguimos, nesse período, implantar na unidade uma estratégia básica, mas de importante impacto na saúde da população. Ressalto que anteriormente, a assistência a esses usuários era feita apenas pelo enfermeiro e pela técnica de enfermagem e, se limitava a distribuição de medicações e aferição da PA.

Com muito esforço e determinação, atingimos uma cobertura de 190 (81,5%) hipertensos e 51 (87,9%) diabéticos. Ao meu ver, esses foram números consideráveis, se analisarmos a assistência prestada até então e, o curto período da intervenção.

Como já foi explorado nesse relatório, toda a equipe esteve disposta e apoiou integralmente esse desafio, logo tiveram um papel fundamental no decorrer da intervenção. Sendo assim, tenho certeza que as mudanças implantadas continuarão fazendo parte da rotina da UBS.

Acrescento que, os benefícios decorrentes da intervenção, somados a construção de um novo prédio, com uma infraestrutura adequada, vão melhorar cada vez mais a assistência. Face ao exposto, conclui-se que a experiência foi proveitosa, tanto para a equipe, quanto para os usuários. Não há sensação melhor que a de conseguir dar uma assistência digna a um ser humano.

## **4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO**

### **4.1 Resultados**

Objetivo 1: Ampliar a cobertura de hipertensos e/ou diabéticos.

Meta:

1.1 Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e ao DM da UBS.

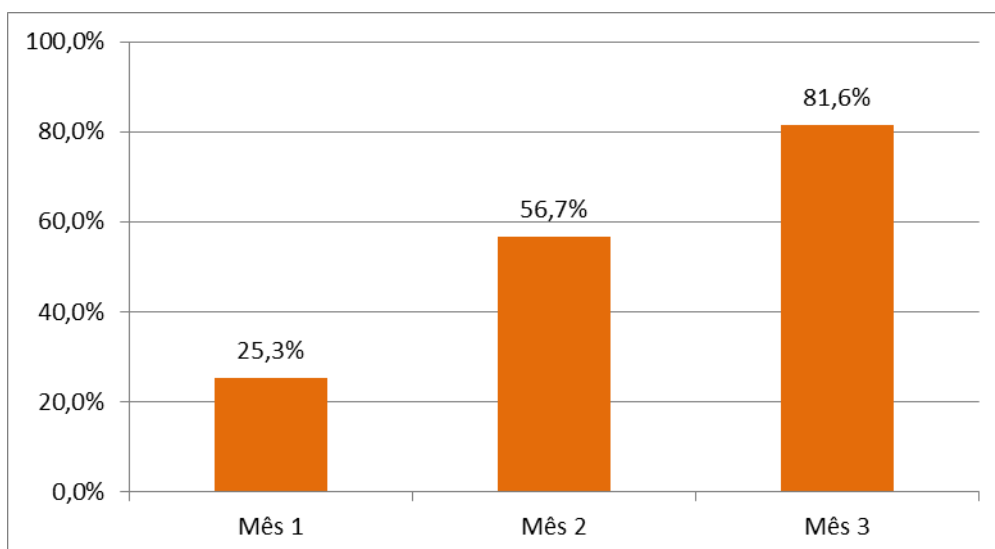
Indicador:

1.1 Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Segundo os últimos dados do SIAB, na área de cobertura da UBS Pedreira temos 233 hipertensos.

Nos meus primeiros meses como médica da UBS Pedreira, pensei que o acompanhamento dos hipertensos, estava ocorrendo de forma satisfatória. Com o início da intervenção, percebemos que o número de faltosos era muito expressivo e, que a organização e a assistência deixavam muito a desejar. Como a UBS não possuía registro específico, inicialmente não conseguimos precisar quantos usuários frequentavam a UBS.

Não conseguimos cadastrar 100% dos usuários. Ao longo de, apenas, três meses, foram 59 (25,3%) hipertensos cadastrados no primeiro mês, que se somaram aos cadastrados no segundo mês totalizando 132 (56,7%). Terminamos o terceiro mês com 190 (81,5%) usuários hipertensos cadastrados. – Figura 1. Destaca-se que, a esses números, se somam os usuários que foram diagnosticados com HAS, ao longo da intervenção. Acredito, que no decorrer dos próximos meses, conseguiremos monitorar os hipertensos e diabéticos que ainda faltaram, já que esses indicadores evoluíram de maneira muito positiva ao longo da intervenção.



**Figura 1:** Evolução mensal do indicador cobertura do Programa ao hipertenso na UBS Pedreira.

Meta:

1.2 Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e ao DM da UBS.

Indicador:

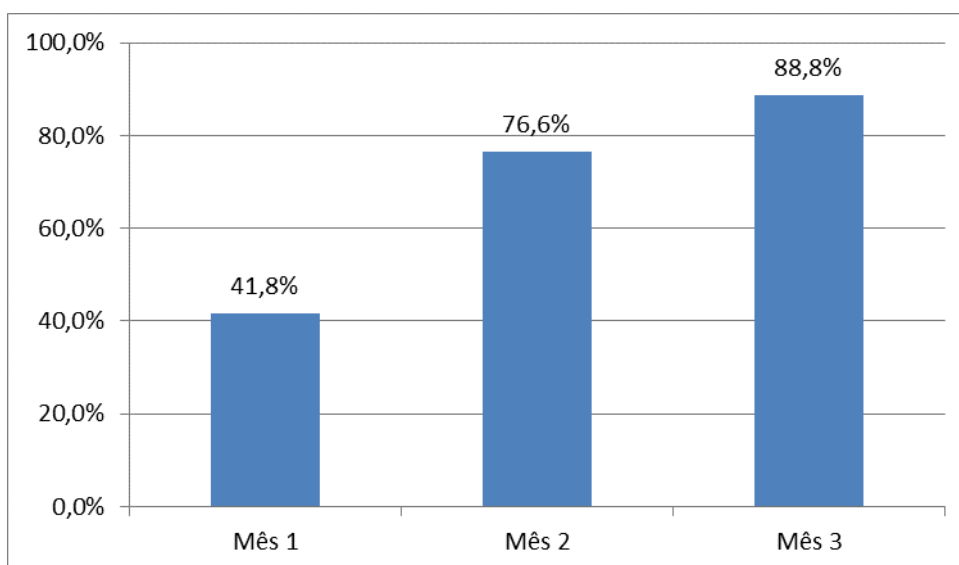
1.2 Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Segundo os últimos dados do SIAB, na área de cobertura da UBS Pedreira temos 58 diabéticos.

Nos meus primeiros meses como médica da UBS Pedreira, pensei que o acompanhamento dos diabéticos, estava ocorrendo de forma satisfatória. Com o início da intervenção, percebemos que o número de faltosos era muito expressivo e, que a organização e a assistência deixavam muito a desejar. Como a UBS não possuía registro específico, inicialmente não conseguimos precisar quantos usuários frequentavam a UBS.

Não conseguimos cadastrar 100% dos usuários. Ao longo de, apenas, três meses, foram 24 (41,4%) diabéticos cadastrados no primeiro mês, que se somaram aos cadastrados no segundo mês totalizando 44 (75,9%). Terminamos o terceiro

mês com 51 (87,9%) usuários diabéticos cadastrados – Figura 2. Assim como os casos dos hipertensos destaca-se que, a esses números, se somam os usuários que foram diagnosticados com HAS ou DM, ao longo da intervenção. Acredito, que no decorrer dos próximos meses, conseguiremos monitorar os diabéticos que ainda faltaram, já que esses indicadores evoluíram de maneira muito positiva ao longo da intervenção.



**Figura 2:** Evolução mensal do indicador cobertura do Programa ao diabético na UBS Pedreira.

As ações que mais colaboraram para a melhoria desses indicadores foram: a melhora do acolhimento e a capacitação dos agentes.

Trabalhamos muito no sentido de melhorar o acolhimento dos portadores de HAS e/ou DM. Sempre enfatizamos a importância do comparecimento de todos mensalmente, as terças-feiras, quando a equipe se dedica a assistência desses usuários. Nos outros dias da semana, esses usuários eram igualmente recebidos e, a minha agenda, assim como a da dentista, foram organizadas com a finalidade de atendê-los melhor.

Os ACS foram, sem dúvidas, essenciais durante a intervenção, sendo o elo entre a UBS e a população. Ao longo dos três meses informaram a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à HAS e ao DM da unidade de saúde e,

salientaram a importância da prevenção dos fatores de risco e acompanhamento dessas doenças crônicas.

Na sexta semana de intervenção uma das ACS foi desvinculada da equipe e isso dificultou um pouco o nosso trabalho. Também, por ser uma UBS localizada na zona rural, houve dificuldade de acesso da equipe a muitas localidades, principalmente nos meses mais chuvosos, devido às más condições das estradas. Em especial no terceiro mês, alguns usuários não conseguiram comparecer a UBS, devido ao trabalho temporário em uma fábrica nas proximidades da UBS.

Objetivo2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta:

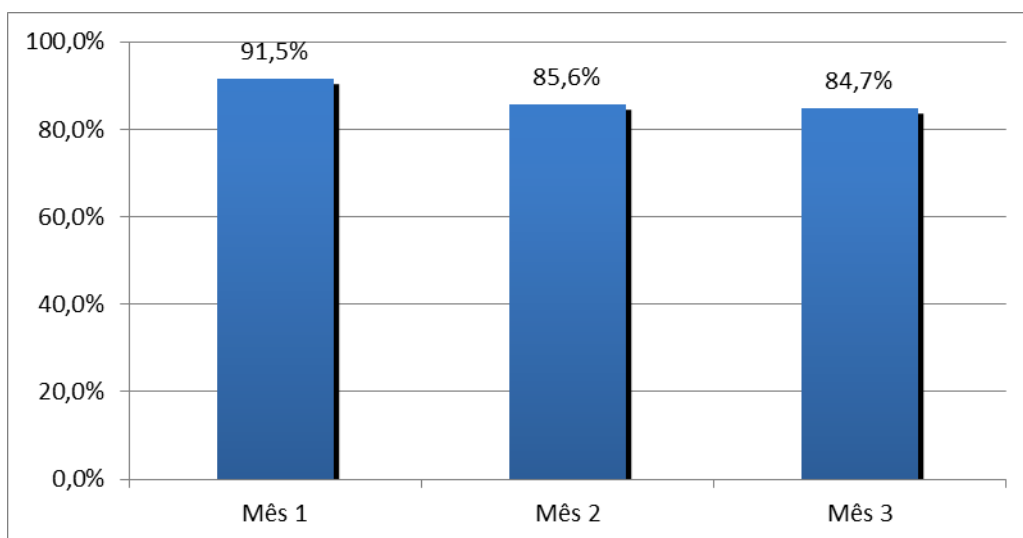
2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador:

2.1 Exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

O objetivo era que 100% dos hipertensos estivessem com exame clínico em dia. Como a UBS não contava com registro específico para o acompanhamento desses usuários, não conseguimos precisar quantos estavam com o exame clínico em dia. No primeiro mês da intervenção 54 (91,5%) hipertensos estavam com exame físico em dia, já nos dois meses seguintes esses números evoluíram para 113 (85,6%) e 161 (84,7%), respectivamente.

Infelizmente, não alcançamos a meta estipulada e, terminamos a intervenção com 84,7% (161) de hipertensos com exame clínico em dia – Figura 3.



**Figura 3:** Evolução mensal do indicador proporção de hipertensos da UBS Pedreira com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

**Meta:**

2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

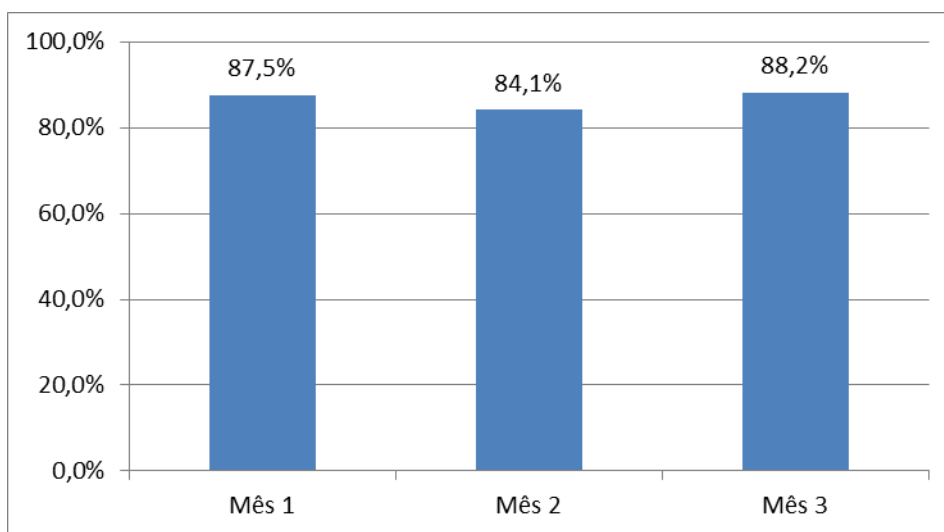
**Indicador:**

2.2 Exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

O objetivo era que 100% dos diabéticos estivessem com exame clínico em dia. Como a UBS não contava com registro específico para o acompanhamento desses usuários, não conseguimos precisar quantos estavam com o exame clínico em dia. No primeiro mês da intervenção estavam com exame clínico em dia 21 (87,5%) usuários, e alcançamos 37 (84,1%) no segundo mês e 45 (88,2%) no terceiro.

Infelizmente, não alcançamos a meta estipulada e, terminamos a intervenção com 88,2% (45) de diabéticos com exame clínico em dia – Figura 4.





**Figura 4:** Evolução mensal do indicador proporção de diabéticos da UBS Pedreira com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Em relação ao exame físico, quase todos os cadastrados estão em dia. Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico dos usuários foi uma ação muito importante para a melhoria desse indicador. Com o passar das semanas foi notável a melhora do acompanhamento, estando a grande maioria dos usuários compensados.

Outra ação relevante foi à capacitação da equipe de acordo com os protocolos adotados. A mesma ocorreu algumas semanas antes de iniciarmos a intervenção, e ao longo dos três meses, durante as reuniões de equipe.

Esses indicadores somente não foram melhores pois alguns usuários resultados de busca ativa, acabaram sendo agendados para semanas posteriores ao final da intervenção. Também, como tivemos muitos meses chuvosos, ocorreram algumas faltas no agendamento. Paralelamente, destaco, que no último mês da intervenção, tivemos uma queda muito grande dos usuários que frequentam a UBS, pois uma parcela considerável deles trabalha temporariamente em uma fábrica de doces na região.

Só foi considerado usuário com exame clínico em dia, aquele que preenchia todos os requisitos da ficha-espelho (Anexo B)

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta:

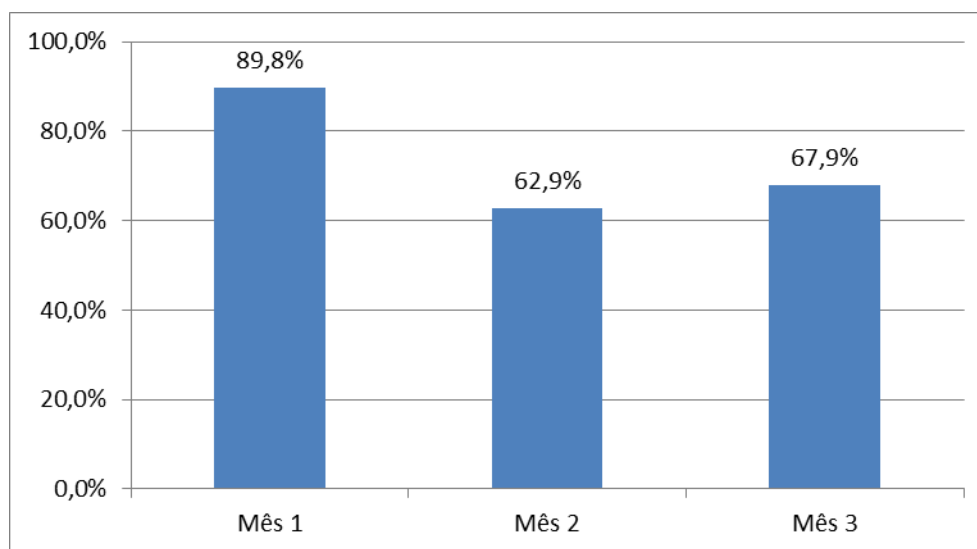
2.3 Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador:

2.3 Exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

No que diz respeito aos hipertensos, durante o primeiro mês de intervenção 53 estavam com os exames complementares em dia, no segundo mês já eram 83 e, no terceiro mês 129. Sendo assim, finalizamos as doze semanas com 67,9% dos hipertensos com exames complementares em dia (Figura 5).

Não alcançamos a meta de 100%, mas com certeza melhoramos a assistência a esses usuários, já que antes da intervenção, nem conseguíamos estimar esses números, visto que os usuários com HAS, não tinham registro específico de acompanhamento.



**Figura 5:** Evolução mensal do indicador proporção de hipertensos da UBS Pedreira com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta:

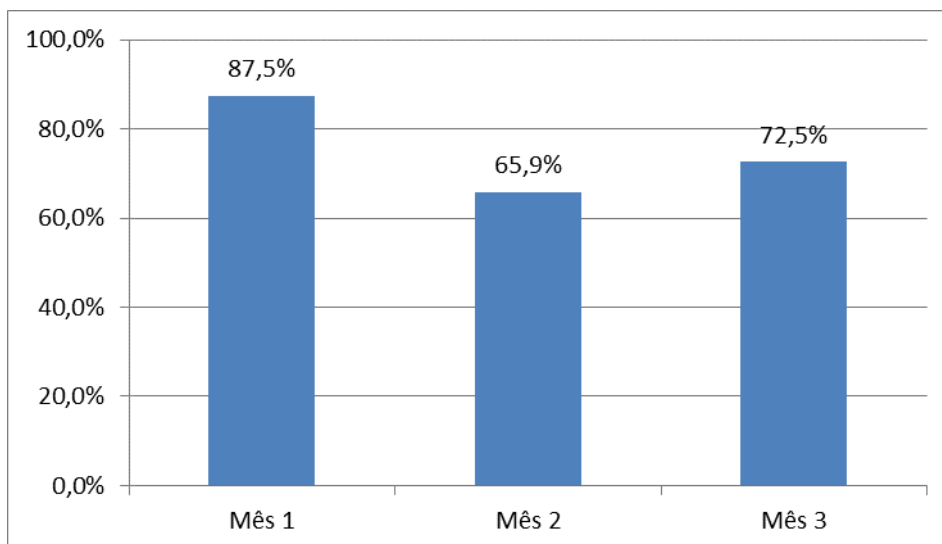
2.4 Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador:

#### 2.4 Exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Os diabéticos com exames em dia, foram 21 no primeiro mês, 29 no segundo e, 37 no terceiro. Logo, a intervenção colaborou para que 72,5% dos diabéticos acompanhados, estivessem com seus exames complementares em dia – Figura 6.

Não alcançamos a meta de 100%, mas com certeza melhoramos a assistência a esses usuários, já que antes da intervenção, nem conseguíamos estimar esses números, visto que os usuários com DM, não tinham registro específico de acompanhamento.



**Figura 6:** Evolução mensal do indicador proporção de diabéticos da UBS Pedreira com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Uma das ações que ajudou muito nas primeiras semanas foi o estabelecimento de sistemas de alerta para os exames complementares preconizados. Além de disponibilizar a versão impressa dos protocolos utilizados, fixamos na sala de enfermagem as rotinas de exames complementares, assim como sua periodicidade.

Todas as sextas-feiras são coletados os materiais para análise, na própria UBS e, os resultados retornam em um prazo máximo de quatorze dias. Paralelamente, qualquer outro exame solicitado, é agendado via Secretaria de

Saúde, assim como os encaminhamentos para atendimento especializado, e esses estão demorando cerca de um a dois anos. Com isso, a grande maioria dos usuários tem procurado os serviços privados, para agilizar seu acompanhamento. A demora na realização desses exames, com certeza, dificultou na melhoria do indicador.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta:

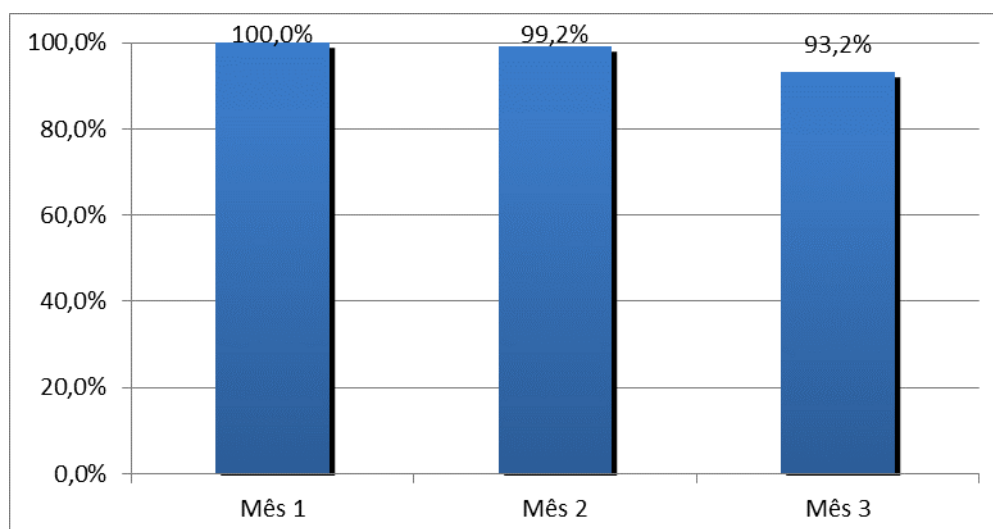
2.5 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador:

2.5 Prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

Dos usuários que estavam em acompanhamento na UBS, à maioria já fazia uso das medicações da Farmácia Popular. Durante a intervenção, com o crescente número de hipertensos e acompanhados na UBS, fiz algumas substituições pertinentes, para beneficiar os usuários com as medicações oferecidas pelo Programa.

No primeiro mês 59 (100%) usuários hipertensos usavam medicações da Farmácia Popular; no segundo mês 131 (99,2%) e, no terceiro 117 (93,2%) – (Figura 7).



**Figura 7:** Evolução mensal do indicador proporção de hipertensos da UBS Pedreira com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/ Hiperdia priorizada.

Meta:

2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador:

2.6 Prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

Dos usuários que estavam em acompanhamento na UBS, à maioria já fazia uso das medicações da Farmácia Popular. Durante a intervenção, com o crescente número de diabéticos acompanhados na UBS, fiz algumas substituições pertinentes, para beneficiar os usuários com as medicações oferecidas pelo Programa.

Em relação aos diabéticos, conseguimos alcançar a meta de 100% (Figura 8). Foram 24 usuários no primeiro mês, 44 no segundo e, 51 no terceiro.

A ação que mais auxiliou na melhoria desse indicador foi principalmente: manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Por se tratar de uma UBS, localizada na zona rural, muitos usuários tem dificuldade para buscar as medicações na cidade. Logo, elaboramos, durante reunião de equipe, uma nova relação de medicações, que foi enviada à responsável pela Farmácia Municipal. Felizmente, a maioria dos itens já estão à disposição dos usuários na UBS.

O que dificultou na melhoria do indicador dos hipertensos, foi o número de usuários que frequentam outros serviços, a maioria particular e, que preferiram permanecer com as medicações de costume. A maioria desses usuários foi cadastrada no terceiro mês da intervenção, provavelmente por isso tivemos uma queda desse indicador, neste período.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

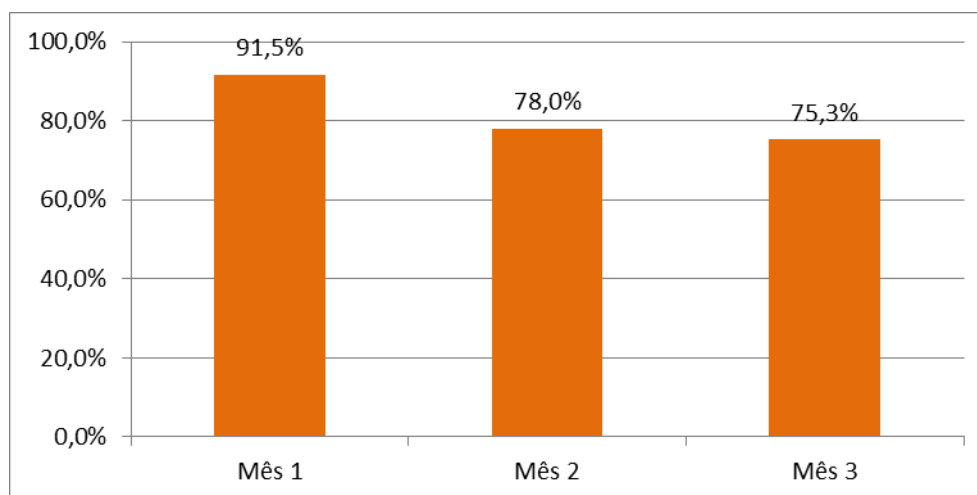
Meta:

2.7 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador:

2.7 Avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

A proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico foram 94 (91,5%) no primeiro mês, 103 (78%) no segundo e 143 (75,3%) no terceiro mês (Figura 9).



**Figura 8:** Proporção de hipertensos da UBS Pedreira com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

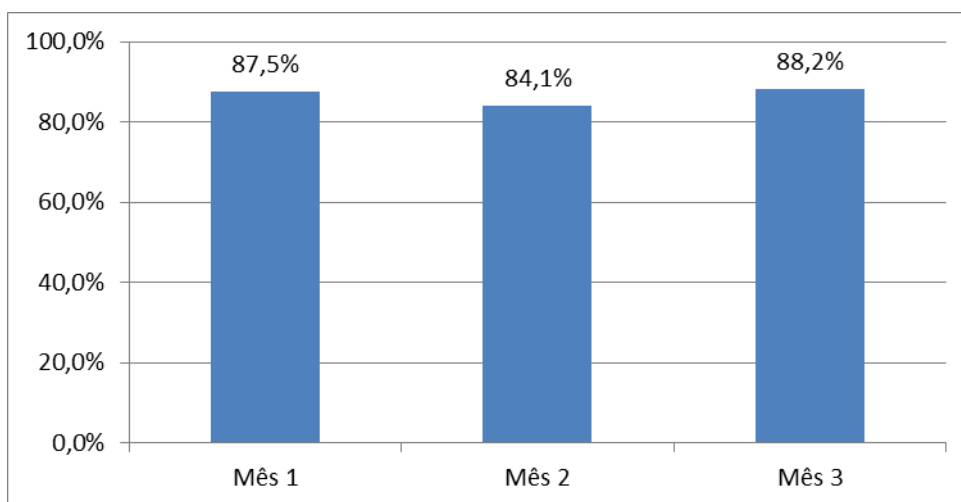
Meta:

2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador:

2.8 Avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Em relação aos diabéticos, foram avaliados 21 (87,5%) no primeiro mês, 37 (84,1%) no segundo e 45 (88,2%) no terceiro (Figura 10).



**Figura 9:** Proporção de diabéticos da UBS Pedreira com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Como a UBS não possuía registro específico para o acompanhamento de hipertensos e diabéticos, não conseguimos precisar o quanto esses indicadores melhoraram. Com o aumento de usuários cadastrados no decorrer da intervenção, tivemos uma queda nos indicadores.

Acredito, que tal fato tenha ocorrido pois, a equipe de saúde bucal, inicialmente, investiu bastante nas orientações em relação a saúde bucal. As orientações eram dadas durante as terças-feiras, dia que a equipe se dedica a assistência de usuários com HAS e/ou DM. As avaliações da necessidade de atendimento odontológico foram agendadas para outras ocasiões e, infelizmente durante a intervenção não atingimos a meta de 100%.

O que ajudou muito na melhoria desse indicador ao longo da intervenção foi a integração da equipe de saúde bucal, com o restante dos profissionais da equipe. A troca de conhecimento e união da equipe só somou na assistência dos usuários.

A dentista da UBS organizou sua agenda, de forma de conseguisse melhorar o atendimento a hipertensos e/ou diabéticos. A equipe de saúde bucal também esteve presente em todas as visitas domiciliares.

Acredito, que esse indicador somente não atingiu a meta estabelecida, pelo curto espaço de tempo em que a intervenção ocorreu. Tenho certeza, que esses

números vão melhorar nos próximos meses, pois a equipe de saúde bucal esteve sempre engajada nas ações da intervenção.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

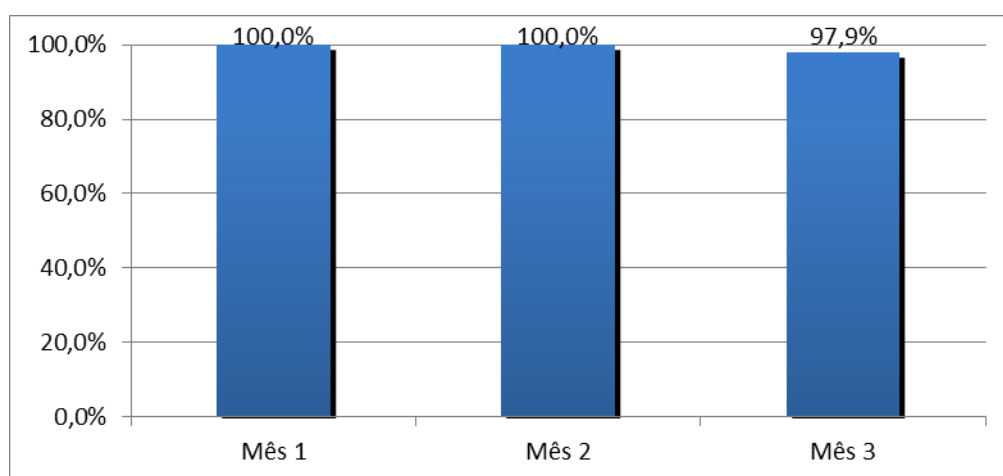
Meta:

3.1 Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador:

3.1 Busca ativa de usuários faltosos.

No primeiro mês da intervenção realizamos busca ativa de 5(100%) hipertensos faltosos, no segundo mês foram 29 (100%), e no terceiro mês da intervenção eram 47 (97,9%) (Figura 11).



**Figura 10:** Proporção de hipertensos da UBS Pedreira faltosos às consultas com busca ativa.

Meta:

3.2 Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador:

3.2 Busca ativa de usuários faltosos.



Em relação aos diabéticos foram feitas 3 (100%) buscas ativas no primeiro mês, 7(100%) no segundo e 8 (100%) no terceiro mês de intervenção (Figura 12).

Antes do início da intervenção, todos os ACS levaram a reunião de equipe, uma relação dos usuários hipertensos e diabéticos pertencentes a cada micro área. Iniciamos a intervenção com a demanda espontânea de usuários com HAS e DM. No decorrer das semanas e, com a organização dos registros, conseguimos detectar alguns faltosos. Felizmente, foi realizada busca ativa de todos esses usuários, pelos ACS, e a meta foi atingida.

As ações que mais contribuíram para a melhoria desse indicador foram: a organização das visitas domiciliares para buscar os faltosos, a organização da agenda para acolher os usuários provenientes das buscas domiciliares e, o treinamento dos ACS.

Com a finalidade de monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo e melhorar o atendimento aos usuários de alto risco, agendamos os mesmos para consultas no turno da tarde, no decorrer das semanas. De acordo com a relação dos hipertensos e diabéticos, fornecida pelos ACS, antes de começar a intervenção, detectamos os faltosos. Nas reuniões de equipe, agendamos o maior número possível, desses usuários, para a semana seguinte.

Os ACS, posteriormente, comunicam o agendamento aos usuários, assim como enfatizam a importância da realização das consultas e, informam sobre a periodicidade preconizada. Todos os hipertensos e/ou diabéticos, com dificuldade para comparecer a UBS, foram visitados em seus domicílios pela equipe, sempre nas sextas-feiras.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

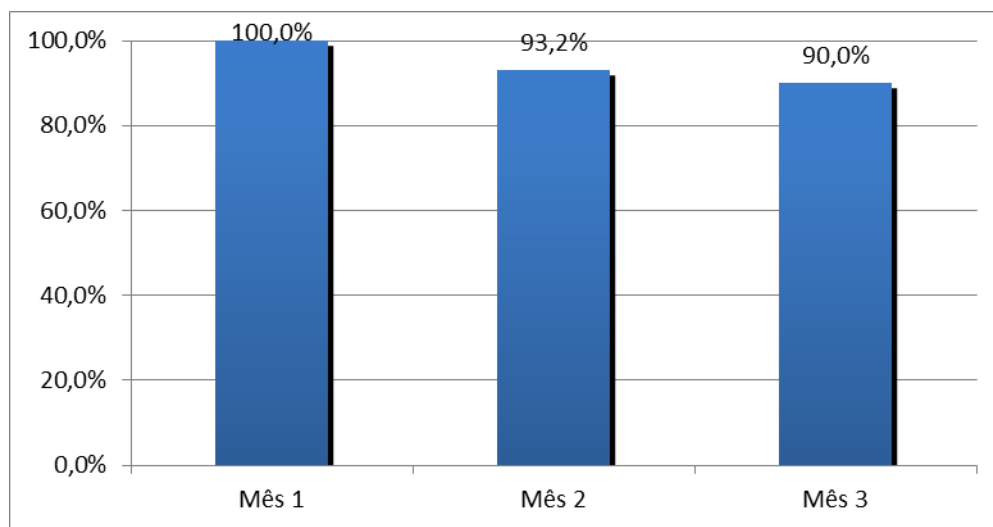
Meta:

4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na UBS.

Indicador:

#### 4.1 Registro adequado na ficha de acompanhamento.

Na UBS Pedreira não haviam registros específicos para os hipertensos. No primeiro mês 59 (100%) usuários já tinham suas fichas de acompanhamento, 123(93,2%) no segundo mês e 171 (90%) no terceiro mês de intervenção (Figura 13).



**Figura 11:** Proporção de hipertensos da UBS Pedreira com registro adequado na ficha de acompanhamento.

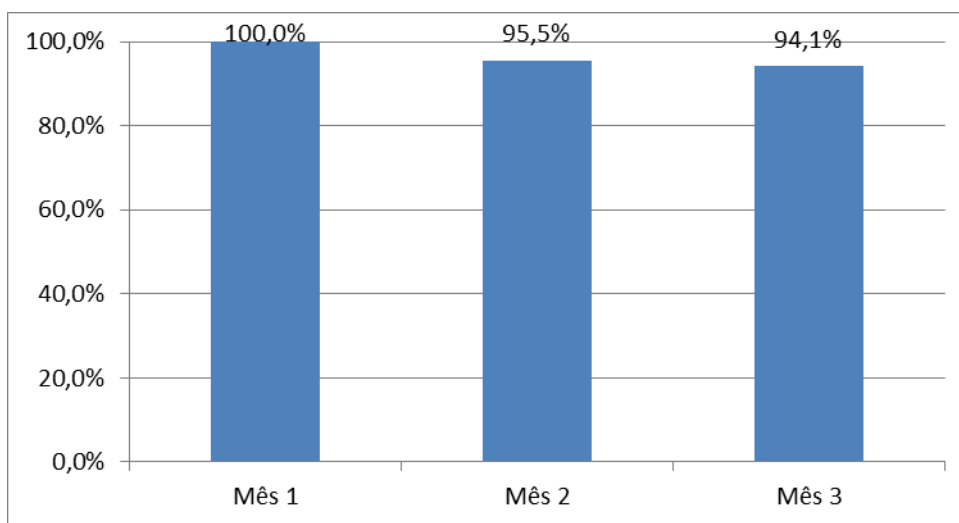
**Meta:**

4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na UBS.

**Indicador:**

#### 4.2 Registro adequado na ficha de acompanhamento.

Em relação aos usuários diabéticos 24 (100%) tinham suas fichas espelho (Anexo B) no primeiro mês, 42(95,5%), no segundo e, finalizamos com 48 (94,1%) (Figura14).



**Figura 12:** Proporção de diabéticos da UBS Pedreira com registro adequado na ficha de acompanhamento.

A meta de 100% não foi atingida, mas se analisarmos que a assistência desses usuários não contava com registros específicos, os números obtidos são muito satisfatórios.

As ações que mais contribuíram para a melhoria desses indicadores foram a implantação da planilha/registro específico de acompanhamento e pactuação com a equipe o registro das informações.

Os registros, através das fichas-espelho (Anexo B), foram inicialmente um pouco difíceis. Até hoje, ainda é realizado o registro duplo: no prontuário e nas fichas-espelho. Porém, tenho observado que cada vez mais as fichas tem feito parte da rotina da UBS, pois todos os profissionais já notaram que a organização proporcionada pelas mesmas, torna o trabalho muito mais ágil e dinâmico.

Como o aumento de usuários acompanhados pela UBS, nas últimas semanas não conseguimos manter a meta de 100%.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

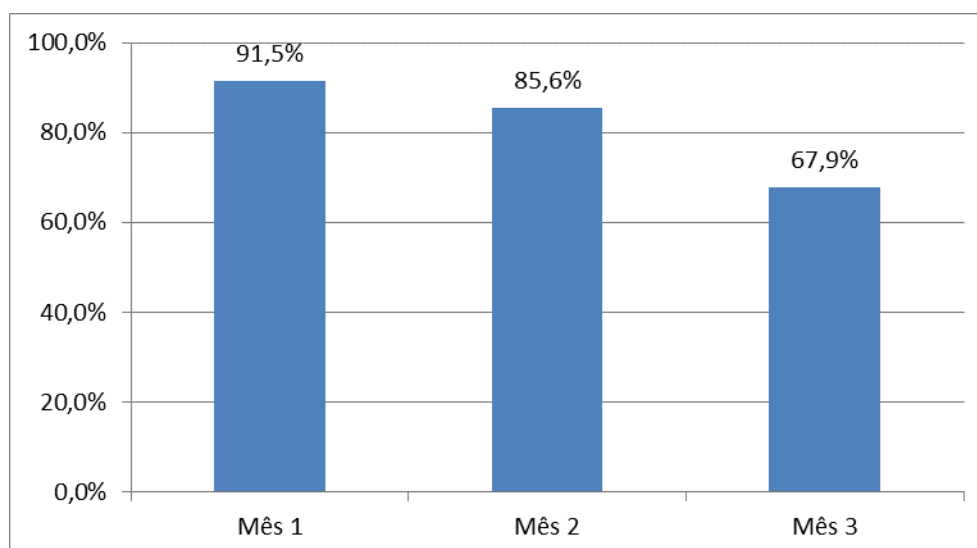
Meta:

5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na UBS.

Indicador:

5.1 Estratificação de risco cardiovascular.

Antes da Intervenção nenhum usuário era estratificado quanto a classificação de risco cardiovascular. No primeiro mês realizamos a estratificação de 54(91,5%) hipertensos e, posteriormente 113(86,6%) e 129(67,9%), no segundo e terceiro mês, respectivamente (Figura 15).



**Figura 13:** Proporção de hipertensos da UBS Pedreira com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

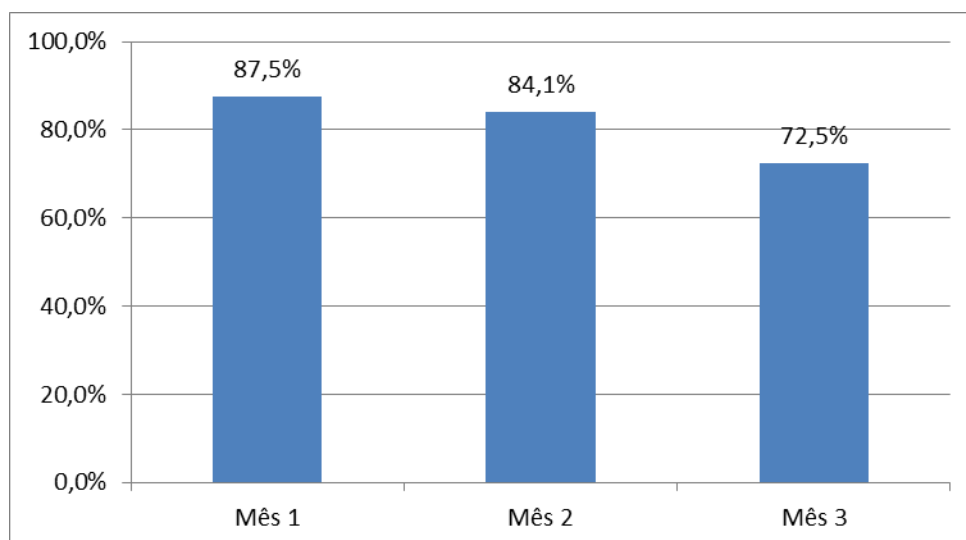
Meta:

5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na UBS.

Indicador:

5.2 Estratificação de risco cardiovascular.

Em relação a estratificação de risco cardiovascular nos diabéticos, foi estabelecida em 21(87,5%) usuários no primeiro mês, 37(84,1%) no segundo e 37(72,5%) no fim da intervenção (Figura 16).



**Figura 14:** Proporção de diabéticos da UBS Pedreira com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Não conseguimos realizar a estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na UBS. Logo, se levarmos em consideração que a estratificação não era realizada antes da intervenção e, o curto período de tempo, os números são bem relevantes.

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico dos usuários e, capacitar os profissionais para realizar a estratificação de risco, segundo o escore de Framingham (Anexo D) foi muito importante para melhorar a assistência.

O que mais dificultou para atingir as metas foi à questão de que nenhum usuário era estratificado quanto ao risco cardiovascular anteriormente e, que tivemos poucas semanas durante a intervenção para realizar esta ação a todos os usuários cadastrados.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

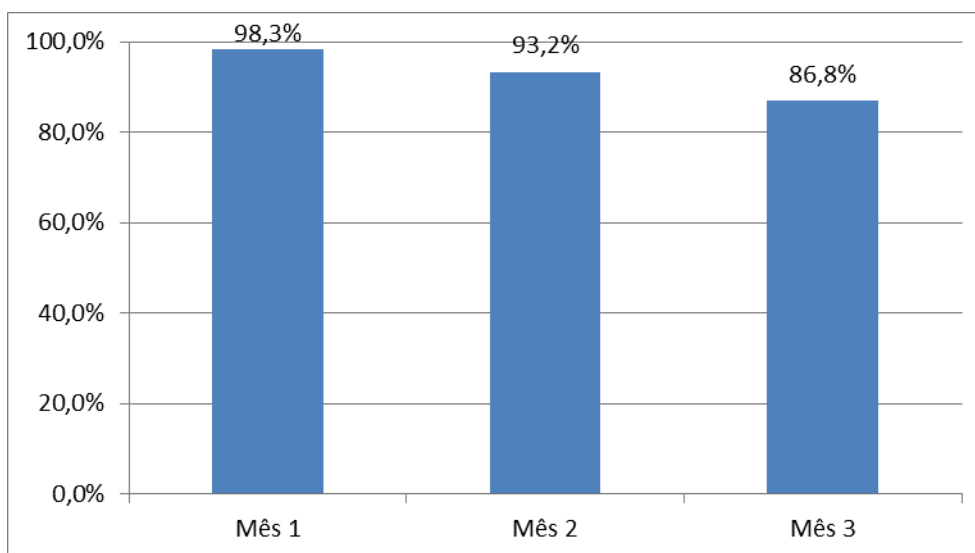
Meta:

6.1 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador:

#### 6.1 Orientação sobre alimentação saudável

Em relação às orientações alimentares, a equipe conseguiu orientar 58(98,3%) hipertensos no primeiro mês, 123(93,2%) no segundo e, 165 (86,8%) no terceiro mês de intervenção (Figura 17)



**Figura 15:** Proporção de hipertensos da UBS Pedreira com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

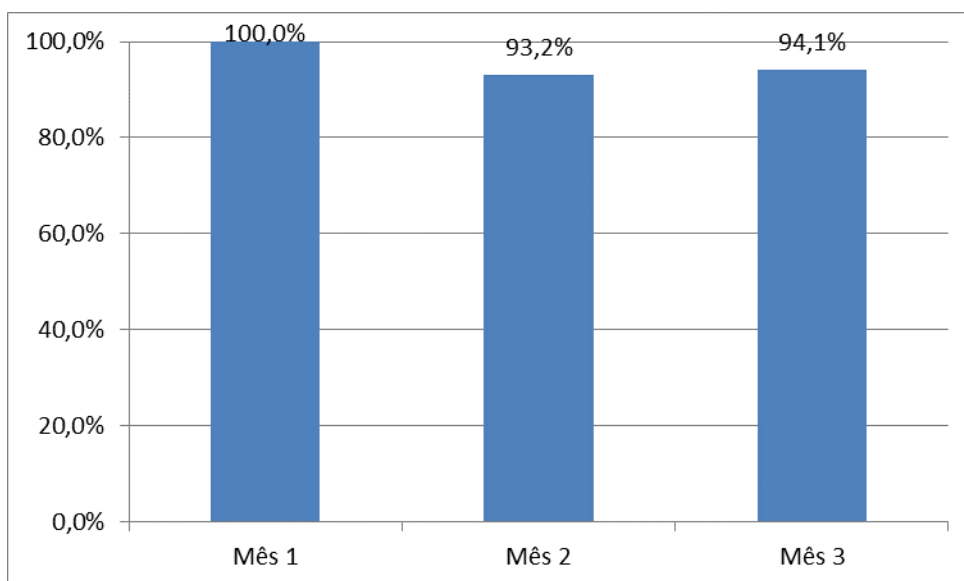
Meta:

6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador:

#### 6.2 Orientação sobre alimentação saudável

Já os diabéticos 24(100%) receberam orientações sobre alimentação no primeiro mês, 41(93,2%) no segundo e 48(94,1%) no terceiro mês da intervenção (Figura 18).



**Figura 16:** Proporção de diabéticos da UBS Pedreira com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Não conseguimos atingir às metas estipuladas, mas acredito que os números foram muito bons. Destaco também que anteriormente não haviam sequer registros em relação as orientações alimentares desses usuários.

Enfatizo, que a capacitação da equipe de acordo com os protocolos adotados, foi muito relevante neste âmbito. A mesma foi realizada no sentido dos profissionais auxiliarem os indivíduos a fazer mudanças em seus hábitos alimentares, favorecendo o melhor controle metabólico, do peso corporal, da pressão arterial e do nível glicêmico.

Orientamos os indivíduos a fazerem mudanças em seus hábitos alimentares, favorecendo o melhor controle metabólico, do peso corporal, da pressão arterial e do nível glicêmico.

Infelizmente, devido à infraestrutura ruim do prédio onde funciona a UBS, não conseguimos realizar atividades coletivas de prevenção, o que dificultou um pouco na melhora desses indicadores. Com o crescente número de usuários cadastrados e, como as orientações eram dadas individualmente, não conseguimos atingir as metas relacionadas à alimentação saudável.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

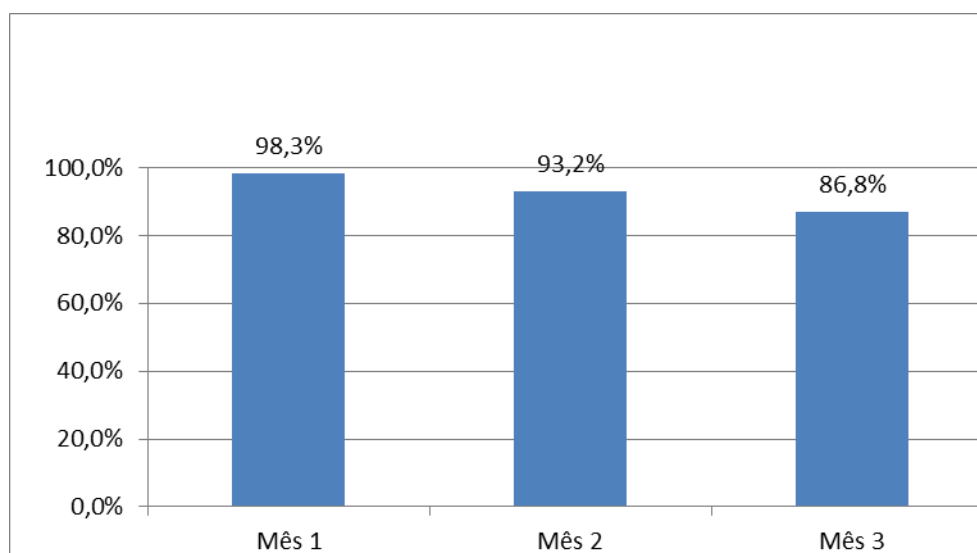
Metas:

6.3 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador:

6.3 Orientação sobre atividade física regular.

As orientações de prevenção foram feitas principalmente as terças-feiras, dia que a equipe estava voltada ao atendimento de hipertensos e diabéticos. No primeiro mês da intervenção orientamos 58(98,3%) hipertensos, 123(93,2%) no segundo mês e 165(86,8%) no terceiro – Figura 19.



**Figura 17:** Proporção de hipertensos da UBS Pedreira com orientação sobre prática de atividade física regular.

Metas:

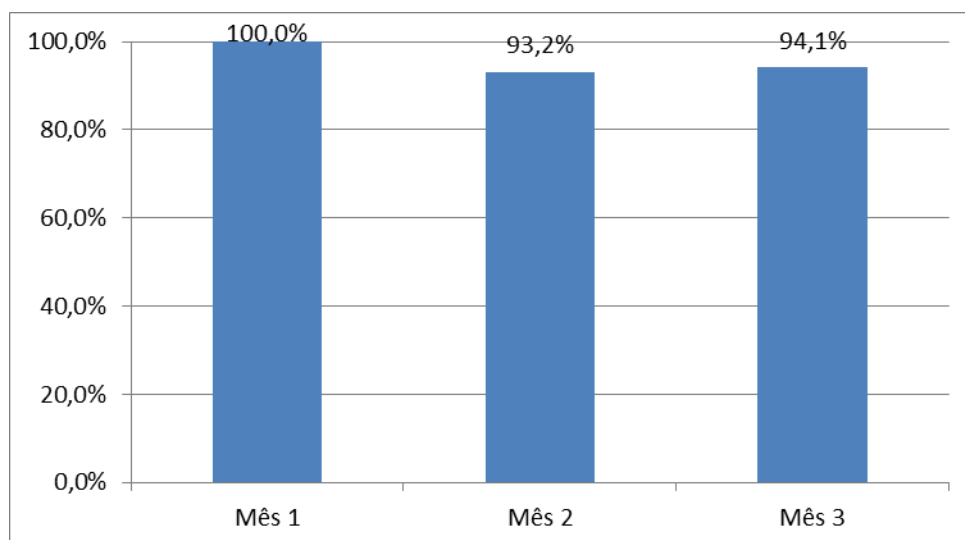
6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador:

6.4 Orientação sobre atividade física regular.



Em relação aos diabéticos, receberam orientações sobre atividade física regular 24(100%) no primeiro mês, 41(93,2%) no segundo e 48(94,1%) no terceiro mês (Figura 20).



**Figura 18:** Proporção de diabéticos da UBS Pedreira com orientação sobre prática de atividade física regular.

As metas estipuladas não foram atingidas, mas acredito que os números foram muito bons. Destaco também que anteriormente não havia sequer registros em relação às orientações de atividade física desses usuários.

A capacitação da equipe foi de extrema importância na melhora desses indicadores. Antes mesmo de iniciar a intervenção, os profissionais foram treinados para auxiliar os indivíduos a fazer mudanças em seus hábitos de vida. Já que, o bom controle do DM e da HAS somente é obtido com um plano alimentar adequado e atividade física.

Como nossa infraestrutura é muito deficitária, não conseguimos executar as medidas educativas e de prevenção, em um contexto coletivo. A maior sala da UBS comporta em torno de 15 pessoas sentadas. Já tentamos realizar o grupo em outro local, mas não tivemos sucesso. Felizmente, as novas instalações da UBS já estão em construção. Acredito que as ações implantadas agora, aliadas com uma infraestrutura adequada, farão com que a assistência aos usuários ocorra da melhor forma possível.

Demandamos junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade, mas infelizmente, até então, não contamos com o auxílio desses profissionais.

Acredito que essas metas também não foram atingidas, pois as orientações eram realizadas individualmente e, o número de usuários foi crescente ao longo das semanas.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

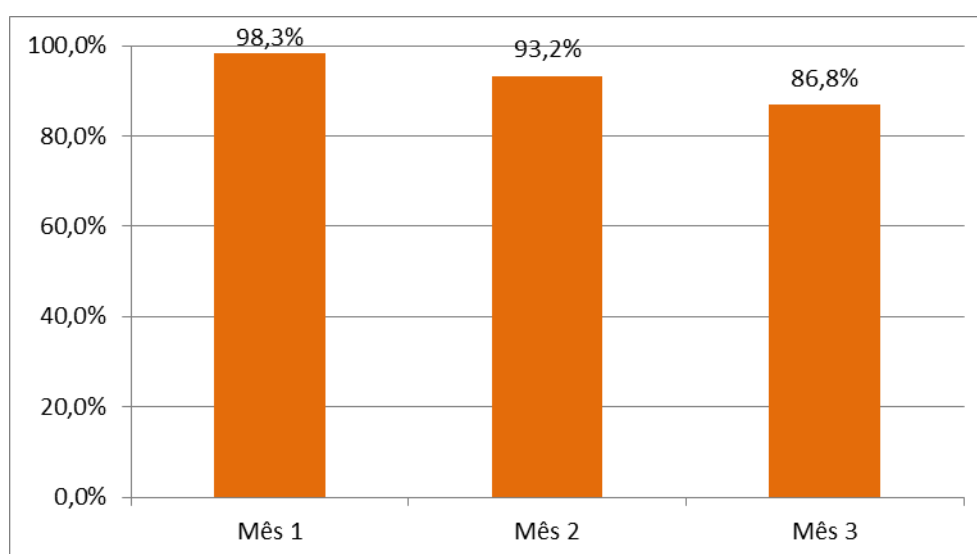
Meta:

6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador:

6.5 Orientações sobre os riscos do tabagismo.

As orientações sobre os riscos do tabagismo foram sempre frisadas no decorrer da intervenção, já que muitos dos nossos usuários são fumantes. No primeiro mês de intervenção foram orientados 58(98,3%) hipertensos, 123(93,2%) no segundo e 165(86,8%) no terceiro (Figura 21).



**Figura 19:** Proporção de hipertensos da UBS Pedreira que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

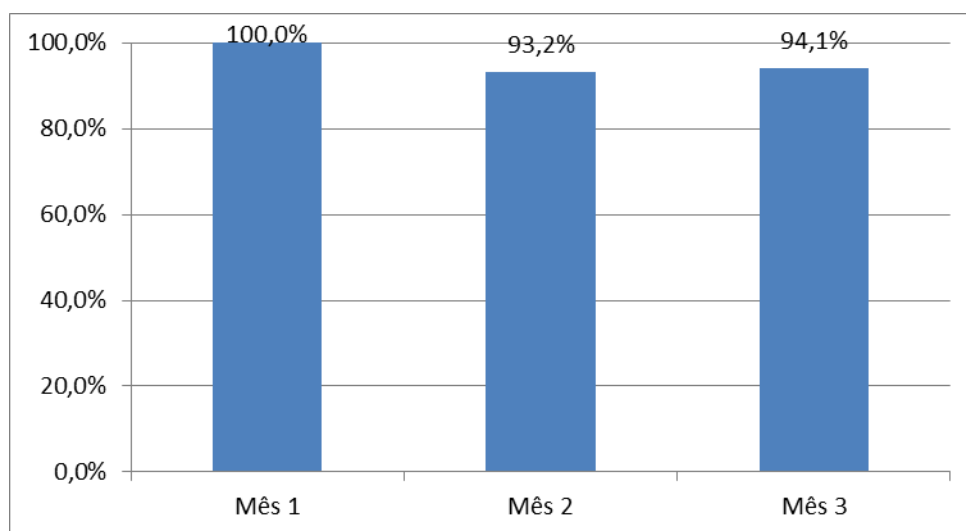
Meta:

6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador:

6.6 Orientações sobre os riscos do tabagismo.

Em relação aos diabéticos receberam orientações quanto aos riscos do tabagismo 24(100%) usuários no primeiro mês, 41(93,2%) no segundo e 48(94,1%) no terceiro mês da intervenção (Figura 22).



**Figura 20:** Proporção de diabéticos da UBS Pedreira que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Não atingimos às metas estipuladas, mas acredito que os números foram muito bons. Destaco também que anteriormente não haviam sequer registros em relação as orientações sobre os riscos do tabagismo.

Mais uma vez destaco que a ação de capacitação da equipe fez toda a diferença na melhoria desse indicador. Os profissionais foram treinados para orientar a população de que o hábito de fumar é o principal fator de risco para doenças cardiovasculares, bem como para o câncer e lesões pulmonares irreversíveis.

Devido à infraestrutura ruim do prédio onde funciona a UBS, não conseguimos realizar atividades coletivas de prevenção, o que dificultou um pouco na melhora desse indicador.

## **4.2 Discussão**

### **Resumo do que alcançou com a intervenção**

A intervenção voltada para os hipertensos e diabéticos da UBS Pedreira, propiciou a ampliação da cobertura da atenção a esses usuários. O principal ponto da intervenção, a meu ver, foi à implantação dos registros específicos, que até então não existiam na unidade. Com a intervenção também começou a ser realizada a estratificação de risco cardiovascular, que também não era executada.

Conseguimos atingir bons indicadores no que diz respeito a exames complementares e físico, com destaque para a ampliação do exame dos pés diabéticos. Adequamos muitos esquemas medicamentosos, para que os usuários se beneficiassem da Farmácia Popular.

Em conjunto com a equipe de saúde bucal, melhoramos a assistência aos hipertensos e diabéticos. Orientações sobre a saúde bucal e avaliação quanto a necessidade de atendimento, foram realizadas desde o início da intervenção, tanto na unidade, como nas visitas domiciliares.

Durante a intervenção identificamos alguns faltosos, foi realizada busca ativa de todos eles pelos agentes, com posterior agendamento ou visita domiciliar, no caso dos usuários que não conseguiram ir até a unidade.

### **Importância da intervenção para a equipe**

A capacitação dos profissionais sempre contribui para a melhoria da assistência aos usuários. Algumas semanas antes do início da intervenção, e no decorrer dos três meses, foi realizada a capacitação da equipe de acordo com o protocolo adotado. Essa capacitação propiciou não somente a melhoria do rastreamento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos, como também a integração da equipe.

Nossa unidade não possui infraestrutura que viabilize atividades de prevenção coletivas, logo tivemos que organizar a equipe no sentido de atender da melhor forma possível os usuários. Todas as terças-feiras a equipe se dedicava ao

atendimento dos hipertensos e diabéticos. Organizamos os usuários em quatro subgrupos para que fossem melhor assistidos e recebessem, mesmo que individualmente, as orientações de educação em saúde.

Ao chegar à UBS os usuários eram ouvidos pela recepcionista, que já selecionava a ficha-espelho (Anexo B) de cada um, para que fossem atendidos individualmente.

Profissionais de enfermagem ficaram encarregados de atuar nessa estratégia por meio do acolhimento e das orientações quanto a mudanças no estilo de vida (nutrição, atividade física, tabagismo e consumo de álcool). Na consulta de enfermagem também era realizada a estratificação de risco cardiovascular segundo o escore de Framingham (Anexo D). Ficava por conta desses profissionais também o exame físico: altura, peso, circunferência braquial, IMC, aferição da PA e exame dos pés. Ainda, forneciam as medicações e, solicitavam os exames laboratoriais de acordo com o previsto no protocolo.

Inicialmente, me dediquei à capacitação da equipe, já que isso seria imprescindível para o bom andamento da intervenção. Como médica, planejei as buscas ativas e, organizei minha agenda para receber todos os faltosos. Neste momento, era realizada a investigação da história, feito o exame físico e solicitado exames laboratoriais, que contribuíram para o diagnóstico, avaliação de risco cardiovascular e decisão terapêutica. Avaliei todos os exames complementares solicitados e, também me envolvi no preenchimento das fichas-espelho (Anexo B). Para que a maioria dos usuários se beneficiasse com medicações da Farmácia Popular, alterei alguns esquemas.

Junto com a equipe de enfermagem orientei os usuários quanto a mudanças no estilo de vida, já que a prevenção era o nosso grande objetivo. Juntos também, muitas vezes, realizamos o controle das medicações da unidade, pois a farmacêutica responsável comparece eventualmente ao local.

A equipe de saúde bucal ficou encarregada das orientações quanto à saúde bucal e, de realizar a avaliação dos hipertensos e diabéticos, quanto à necessidade de atendimento.

Os ACS informaram a população sobre o Programa, realizaram o cadastramento dos usuários da área de cobertura da unidade de saúde e as buscas ativas. Ficou a cargo desses profissionais também manter as informações do SIAB atualizadas.

A integração da equipe e a organização proporcionada pela intervenção tiveram impacto, também em outras atividades do serviço. Destaco a busca ativa por outros usuários, não só os hipertensos e diabéticos, o aumento do número de visitas domiciliares, a qualidade e assiduidade das reuniões de equipe e a assistência e cuidado integrado.

Durante toda a intervenção procurei enfatizar a importância do seguimento das ações implantadas. Mostrando os resultados tentei motivar a equipe, já que eles têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da HAS e do DM. Eles, mesmo com uma infraestrutura inadequada e, com alguns problemas de falta de medicações e materiais, devem sempre tentar envolver os usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo.

### **Importância da intervenção para o serviço**

Inicialmente, até por não ter experiência no funcionamento da ESF, pensei que a atenção aos hipertensos e diabéticos, na UBS Pedreira, funcionava bem. Com o passar dos dias percebi que a assistência a esses usuários era centrada na figura do enfermeiro e da técnica de enfermagem. Os dias dedicados para atendimento dos hipertensos e diabéticos, o HiperDia, não passava de uma distribuição de medicações e aferição da pressão arterial.

A intervenção reviu as atribuições de cada profissional e, ampliou a assistência aos usuários. Os registros específicos agilizaram e qualificaram o atendimento. Com os hipertensos e diabéticos melhor assistidos, diminuiu muito a demanda espontânea por descompensações, dessas doenças crônicas.

### **Importância da intervenção para a comunidade**

No que diz respeito aos hipertensos e diabéticos, percebo que estão mais esclarecidos em relação aos fatores de risco que influenciam o controle dessas doenças.

Nessas doze semanas, conseguimos avaliar com muitos usuários e suas famílias o quanto as metas de cuidados foram alcançadas e o seu grau de satisfação em relação ao tratamento. Observamos que ocorreram mudanças a cada retorno mensal. Realizamos também, todas as sextas-feiras as visitas domiciliares e avaliamos a necessidade de mudanças ou de adaptações no processo de cuidado dos usuários, que não podem ir até a UBS.

Os benefícios da intervenção ainda não são notados pelo restante da comunidade. Eles não entendem o porquê da dedicação dispendida com um grupo específico, e tão pouco a prioridade no agendamento.

Mesmo com a melhoria da assistência aos hipertensos e diabéticos, ainda temos que ampliar a cobertura desses usuários.

### **O que faria diferente caso fosse realizar a intervenção neste momento**

Poderíamos ter intensificado as buscas ativas para ampliar a cobertura. Dedicamo-nos muito a organização dos registros, nas primeiras semanas, e somente iniciamos a busca intensa dos faltosos posteriormente.

Antes do início da intervenção, poderia ter estabelecido um contato mais direto com os gestores. Com isso poderíamos ter resolvido, ou amenizado, a demora no agendamento alguns exames complementares.

Os registros, através das fichas-espelho (Anexo B), foram inicialmente um pouco difíceis. Confesso, que até hoje, ainda é realizado o registro duplo: no prontuário e nas fichas-espelho. Porém, tenho observado que cada vez mais as fichas tem feito parte da rotina da UBS, pois todos os profissionais já notaram que a organização proporcionada pelas mesmas, torna o trabalho muito mais ágil e dinâmico.



### **Viabilidade de incorporar sua intervenção à rotina do serviço/ que melhorias pretendem fazer na ação programática**

A equipe e os usuários aderiram de uma forma significativa ao cronograma estabelecido, razão pela qual os indicadores foram melhorados. Finalizamos os três meses com a certeza de que a intervenção foi incorporada a rotina da UBS e, que as ações terão continuidade.

Ao longo da intervenção, também procuramos, nas reuniões de equipe, estabelecer um processo de educação permanente com os profissionais. Busquei sempre mostrar a todos as possibilidades para construir novas práticas e mudanças nos processos de trabalho e assistência. Tentei deixar tudo organizado, para quando as novas instalações da UBS estiverem prontas, principalmente as atividades de âmbito coletivo, sejam desempenhadas. Sem dúvida, esse é o ponto que ainda deixa muito a desejar, na assistência aos usuários dessa área.

Vamos intensificar as buscas ativas nos próximos meses, a melhoria na qualidade dos registros e passar a ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão.

### **Quais os próximos passos para melhorar a atenção a saúde no serviço**

Como nossa infraestrutura é muito deficitária, não conseguimos executar as medidas educativas e de prevenção, em um contexto coletivo. A maior sala da UBS comporta em torno de 15 pessoas sentadas. Já tentamos realizar o grupo em outro local, mas não tivemos sucesso. Felizmente, as novas instalações da UBS já estão em construção. Acredito que as ações implantadas agora, aliadas com uma infraestrutura adequada, farão com que a assistência aos usuários ocorra da melhor forma possível.

Também, não possuímos NASF, pois é notório isso teria facilitado muito durante a intervenção e, para que as mudanças impostas por ela se perpetuem. As equipes com multiprofissionais melhorariam a qualidade do processo de trabalho e o vínculo com a comunidade. Durante a intervenção, foi conversado com os gestores

sobre a importância desses profissionais, espero que em breve a Atenção Básica de Pelotas, possa contar com o NASF.

### **4.3 Relatório da intervenção para os gestores**

A especialização em saúde da família tem a finalidade de capacitar os profissionais da ESF, promover o aprimoramento da gestão, a organização do serviço, a qualificação da prática clínica e o estímulo à participação social. Nesse sentido, a Universidade Federal de Pelotas (UFPel) criou em 2011, a Especialização em Saúde da Família. O curso, na modalidade à distância, proporciona ao aluno intervir na sua UBS e aprimorar conhecimentos, bem como auxiliar e propor melhorias no serviço.

Após algumas semanas analisando a situação dos usuários, optei por realizar a intervenção com hipertensos e diabéticos devido a grande prevalência dessas doenças crônicas, bem como a necessidade de melhorar a assistência prestada até então.

A intervenção realizada na UBS Pedreira não só melhorou a cobertura de atendimento a hipertensos e diabéticos como também qualificou a atenção à saúde. Algumas semanas antes de iniciarmos a intervenção e, também durante sua execução, realizou-se a capacitação da equipe. Isso possibilitou o alcance dos nossos objetivos de uma forma mais fácil e natural; a qualificação dos profissionais foi à base da intervenção.

A equipe conseguiu cadastrar 190 (81,5%) hipertensos e 51 (87,9%) diabéticos. Também foi realizada busca de faltosos e rastreamento da população. Ao final do terceiro mês de intervenção realizamos busca ativa de 47 (97,9%) usuários faltosos com HAS e 08 (100%) com DM.

Foi iniciada com a intervenção a estratificação de risco cardiovascular, bem como a utilização de registros específicos, o que nos auxiliou muito na organização do atendimento. Estratificamos quanto ao risco cardiovascular 171 (90%) pessoas com HAS e 37(72,5%) com DM, nesses meses.

Com a melhora do acolhimento e organização dos agendamentos, conseguimos investir ainda mais na prevenção, firmando a UBS como porta de

entrada. A estratificação de risco possibilitou dar maior atenção aos usuários que mais precisam o que vai de encontro à equidade, um dos princípios SUS.

Os ACS, igualmente participaram das atividades de capacitação e, foram muito importantes na busca ativa de usuários faltosos e informando a população sobre o Programa de Assistência aos Hipertensos e Diabéticos da unidade. Infelizmente, durante a sexta semana de intervenção, uma das ACS, foi desvinculada da equipe e, isso dificultou um pouco o nosso trabalho. Este problema já havia sido conversado com a gestão, mas até então, persistimos com uma micro área descoberta.

No início da intervenção solicitamos aos gestores aparelhos e fitas para a realização de HGT e, fomos prontamente atendidos. Outro aspecto, dependente da gestão, que foi importante para melhorar a assistência, aos hipertensos e diabéticos, foi o suprimento de medicações. Por se tratar de uma UBS situada na zona rural, muitos usuários tem dificuldade de acesso à zona urbana e, consequentemente as medicações da Farmácia Popular. Nas reuniões de equipe, elaboramos uma nova listagem de medicações para a unidade, a qual foi entregue a responsável e felizmente, todas estão à disposição dos usuários.

Durante a intervenção, organizamos as visitas domiciliares e, todos os usuários impossibilitados de ir até a UBS foram atendidos pela equipe nas suas residências. Como durante a intervenção houveram muitos dias chuvosos, encontramos dificuldade de acesso devido as más condições das estradas. Assim como foi conversado anteriormente, sugiro que melhorem a manutenção a essas vias, principalmente pela longa distancia de muitas localidades até a unidade.

Uma ação que melhorou bastante, a assistência aos portadores de HAS e DM foi a implantação de registros específicos. As fichas espelho (Anexo B) tornaram o atendimento mais ágil e sistematizado. No decorrer da intervenção disponibilizei cópias suficientes ao número de usuários. Ressalto a importância dos gestores continuarem viabilizando as fichas, com a minha saída da UBS, já que é clara a contribuição das mesmas para organização da assistência.

No que diz respeito às rotinas laboratoriais, não há do que reclamar. Todas as sextas-feiras são coletados os materiais para análise na própria UBS e, os resultados retornam em um prazo máximo de quatorze dias. Por outro lado, qualquer outro exame solicitado, agendado via Secretaria de Saúde, assim como os encaminhamentos para atendimento especializado, estão demorando cerca de um a dois anos. Como visamos sempre à prevenção, ressalto a importância de agilizar esse processo, para melhorar ainda mais o acompanhamento de usuários portadores de doenças crônicas.

Como a infraestrutura da UBS é muito deficitária, não conseguimos executar as medidas educativas e de prevenção em um contexto coletivo. A maior sala da UBS comporta em torno de quinze pessoas sentadas. Já tentamos realizar o grupo em outro local, mas não tivemos sucesso. A população e a equipe aguardam a construção das novas instalações da unidade, que estaria prevista para o próximo ano. Acredito que as ações implantadas agora, aliadas com uma infraestrutura adequada, farão com que a assistência aos usuários ocorra da melhor forma possível.

Nosso município não possui NASF, mas isso teria facilitado muito durante a intervenção e, para que as mudanças impostas por ela se perpetuem. As equipes com multiprofissionais melhorariam a qualidade do processo de trabalho e, o vínculo com a comunidade. Durante a intervenção, foi conversado sobre a importância desses profissionais. Esperamos que em breve a Atenção Básica de Pelotas possa contar com o NASF.

#### **4.4 Relatório para a comunidade**

A especialização em saúde da família tem a finalidade de capacitar os profissionais da ESF, promover o aprimoramento da gestão, a organização do serviço, a qualificação da prática clínica e o estímulo à participação social. Nesse sentido, a Universidade Federal de Pelotas (UFPel) criou em 2011, a Especialização em Saúde da Família. O curso, na modalidade à distância, proporciona ao aluno intervir na sua UBS e aprimorar conhecimentos, bem como auxiliar e propor melhorias no serviço.

Ao longo de três meses realizamos mudanças na UBS Pedreira, para atender melhor os hipertensos e diabéticos. Após algumas semanas analisando a situação dos usuários, optei por realizar a intervenção devido ao aumento de casos dessas doenças crônicas, bem como a necessidade de melhorar a assistência prestada até então.

Nosso objetivo inicial seria cadastrar todos os usuários, mas provavelmente pelo curto período ainda não conseguimos. Mesmo assim, os números foram bons, pois ao longo de apenas três meses, cadastramos 190 (81,5%) hipertensos e 51 (87,9%) diabéticos. Logo, mesmo com a melhoria da assistência, ainda temos que ampliar a cobertura.

Inicialmente, para que as mudanças ocorressem naturalmente e, da melhor forma possível, investimos nas medidas educativas da equipe. Paralelamente, tentamos melhorar a forma como os portadores de HAS e/ou DM eram recebidos na unidade. Sempre falamos da importância do comparecimento de todos mensalmente, as terças-feiras. Nos outros dias da semana, os hipertensos e diabéticos foram igualmente recebidos e, a agenda foi organizada em função de melhorar o atendimento.

Os ACS foram, sem dúvidas, muito importantes nesse processo. Ao longo dos três meses informaram a população sobre a existência do Programa de Atenção à HAS e ao DM da unidade de saúde e, salientaram a importância da prevenção dos fatores de risco e acompanhamento dessas doenças crônicas.

Realizamos uma classificação de risco, o que nos ajudou a atender com mais cuidado os usuários que necessitavam. Com o passar das semanas foi notável a melhora do acompanhamento, estando a grande maioria compensados. No entanto, os benefícios dessas mudanças ainda não são notados, pelo restante da comunidade, que não foi diretamente envolvida. Eles não percebem o porquê da dedicação dispendida com um grupo específico, e tão pouco a prioridade no agendamento. Esclareço aqui, que com esses usuários compensados, diminuimos a demanda espontânea e, conseguimos atender melhor o restante da população.

Implantamos também registros específicos para hipertensos e diabéticos. Muitos devem ter percebido, nos atendimentos, o uso das fichas espelho (Anexo B). Elas além de sistematizar o acompanhamento, o tornam mais ágil e dinâmico.

Como sabem, todos os exames agendados via Secretaria de Saúde tem levado em torno de um ano. Nesses três meses conversamos com a gestão sobre isso, tornando os mesmos cientes dessa dificuldade. Infelizmente, até então não observamos melhora, mas vamos continuar trabalhando no sentido de agilizar esse processo.

Alteramos alguns esquemas de medicações, para beneficiar os usuários com a Farmácia Popular e, para melhorar a adesão medicamentosa. Mesmo assim sabemos que por se tratar de uma UBS, localizada na zona rural muitos tem dificuldade para buscar as medicações na cidade. Então, elaboramos uma nova relação de medicamentos e, felizmente, a maioria dos itens já estão à disposição na UBS.

Com a finalidade de cumprir a periodicidade das consultas previstas e melhorar o atendimento aos usuários de alto risco os agendamos para consultas no turno da tarde. De acordo com a relação dos hipertensos e diabéticos, fornecida pelos ACS, buscamos os faltosos. Todos os hipertensos e/ou diabéticos, com dificuldade para comparecer a UBS, foram visitados em seus domicílios pela equipe, sempre nas sextas-feiras.

Como o local onde funciona a UBS não é adequado, não conseguimos realizar reuniões com todos os portadores de HAS e/ou DM. Já tentamos realizar o grupo em outro local, mas não tivemos sucesso. Felizmente, as novas instalações da UBS já estão em construção. Acredito que as mudanças implantadas agora, aliadas com uma infraestrutura adequada, farão com que a assistência ocorra da melhor forma possível.

Nessas doze semanas, conseguimos avaliar com os usuários e suas famílias o quanto as metas de cuidados foram alcançadas e o seu grau de satisfação em relação ao tratamento. Observamos que ocorreram mudanças a cada retorno mensal. Paralelamente, percebemos que estão mais esclarecidos em relação aos fatores de risco que influenciam o controle dessas doenças.

Contamos com o auxílio da população para manter as melhorias propostas pela intervenção, já que foi notável a melhoria da assistência durante esses três meses. Toda a equipe esteve disposta e apoiou integralmente esse desafio, logo tiveram um papel fundamental no decorrer da intervenção. Sendo assim, espero que com a minha saída, as mudanças implantadas continuem fazendo parte da rotina da UBS.



## 5. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PROCESSO DE APRENDIZAGEM

Comente como foi o desenvolvimento de seu trabalho no curso em relação às suas expectativas iniciais?

Quando fui selecionada a participar do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab) e, conseqüentemente do curso de especialização fiquei muito feliz. No começo, meu objetivo era apenas obter a pontuação na prova de residência e, o título de especialista. Com o passar dos dias, comecei a participar das atividades no ambiente virtual e, consegui compreender melhor o projeto pedagógico. A partir daí, meus objetivos individuais, se somaram a vontade de mudar e auxiliar na assistência oferecida aos usuários da unidade que fui vinculada.

Por se tratar de atividades de ensino à distância, inicialmente pensei que seria muito difícil aplicar o projeto na prática da unidade. Contrariamente, fui surpreendida em relação a essa ideia e, com as orientações semanais e o retorno da orientação, consegui implantar muitas das ações propostas a rotina da UBS. Algumas atividades foram bem detalhadas e, demandaram bastante tempo, mas acredito que foram todas necessárias, para que conseguisse trazer à realidade as propostas do curso.

Qual significado do curso para sua prática profissional?

Durante minha formação acadêmica, não tive muito contato com a prática em ESF. Quando cheguei à unidade, pensei que tudo funcionava de acordo com o proposto. Com o passar dos dias, e com a execução das atividades propostas pelo curso, pude olhar com mais critério a assistência lá prestada. Isso oportunizou mudanças no meu processo de trabalho e, também dos membros da equipe.

Quais os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso? Explique porque são importantes.

Para mim, os aprendizados mais relevantes no decorrer do curso, foram à organização do processo de trabalho da equipe e, a organização do atendimento (demanda espontânea e agendamentos).

A organização do processo de trabalho da equipe foi um aprendizado bastante relevante. Como não tinha experiência anterior em ESF, procurei me

qualificar, para modificar alguns pontos na assistência prestada. A organização, além de qualificar o serviço, proporcionou mais agilidade e resolubilidade nos atendimentos.

A organização dos agendamentos, e da demanda espontânea também foram importantes. Para tanto, investimos na melhoria do acolhimento e, com isso firmamos a unidade como porta de entrada ao SUS. Os agendamentos de idosos, hipertensos e diabéticos nos proporcionou conhecer melhor a população e, suas necessidades.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnosis and classification of diabetes mellitus

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica; Hipertensão Arterial Sistêmica, Brasília 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica; Diabetes Mellitus, Brasília 2013.

DIRETRIZES Brasileiras de Hipertensão Arterial, 6. Rev. Bras. Hipertensão, jan./mar. 2010.

DUNCAN, B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Serviço de Saúde Comunitária. Apoio Técnico em Monitoramento e Avaliação em Ações de Saúde. Doenças e agravos não transmissíveis. Ação programática para reorganização da atenção a pessoas com hipertensão, diabetes mellitus e outros fatores de risco para doenças cardiovasculares no SSC-GHC. Porto Alegre: [s.n.], 2009. Disponível em: <<http://www.ghc.com.br/unidades/saudecomunitaria>>. Acesso em: 10 out. 2012. Versão 2.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. v. 2. São Paulo: Artmed, 2012.

MOLITCH, M. E. et al. Diabetes Prevention Program Research Group. The diabetes prevention program and its global implications. Journal of the American Society of Nephrology, Washington

NATHAN, D. M. et al. Intensive diabetes treatment and cardiovascular disease in patients with type 1 diabetes. The New England Journal of Medicine

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2009.

The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 report. JAMA 2003.

TIERNEY, Lawrence M. Current medical diagnosis and treatment. New York: Lange, 2011.

Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), de 2011

## **ANEXOS**

--



PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS  
FICHA ESPELHO[illegible]

## Anexo C - Documento do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>

Prof<sup>a</sup> Ana Cláudia Gastal Fassa

**Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde**

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

*Patrícia Abrantes Duval*

Patrícia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMEDA/UFPEL





## Anexo D – Escore de Risco de Framingham

